

# ELEVER MED SCHIZOFRENI

*Pedagogers utfordringer i møte med elever med schizofreni og hvordan disse utfordringene kan håndteres.*

**Kristin Haugeto**



Hovedoppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning

Pedagogisk forskningsinstitutt

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2006

**TITTEL:**

ELEVER MED SCHIZOFRENI.

Pedagogers utfordringer i møte med elever med schizofreni og hvordan disse utfordringene kan håndteres.

**AV:**

Kristin HAUGETO

**EKSAMEN:**

Hovedoppgave i pedagogikk.  
Profesjonsstudiet i pedagogisk-psykologisk rådgivning.  
Pedagogisk forskningsinstitutt. Universitetet i Oslo.

**SEMESTER:**

Våren 2006

**STIKKORD:**

- Pedagogisk psykologi
- Elever med schizofreni
- Pedagogers utfordringer

## 1. TEMA OG PROBLEMSTILLING

Tema for denne oppgaven er pedagogers utfordringer i møte med elever med schizofreni. Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som ofte fører til kronifisering. I pedagogisk litteratur og praksis er det en tendens til å utelukke denne elevgruppen. Jeg spør meg hvorfor dette gjøres? En vanlig oppfatning er antakelig at alvorlige psykiske lidelser er det yrkesgrupper som leger, psykiatere og psykologer som skal ta hånd om. Likevel ser jeg det som svært viktig at pedagoger har en viss kompetanse på hvordan lidelsene arter seg. Dette er fordi jeg mener pedagoger har en unik mulighet til å oppdage gryende psykoseutvikling, slik at behandling kan igangsettes på et tidlig tidspunkt.

De siste tiårene har sengeposter på psykiatriske institusjoner blitt drastisk nedskåret. Man kan anta at dette til dels har å gjøre med økonomiske begrensinger, men også en idé om at pasienten skal bo hjemme under normale forhold med unntak av de mest kritiske perioder da innleggelse vil være nødvendig. Det vil derfor være av stor betydning at pedagoger har en forståelse av hva som er hensiktsmessig tilrettelegging for elever med schizofreni, da de faktisk finnes i den norske skolen. Mine problemstillinger blir som følger:

*Hvilke utfordringer møter pedagoger hos elever med schizofreni?*

*Hvordan kan disse utfordringene håndteres?*

## 2. METODE:

Jeg har valgt en teoretisk tilnærming til oppgaven som innebærer at jeg har studert allerede publiserte kilder. I denne sammenheng vil det være viktig med et kildekritisk perspektiv, både ytre og indre kildekritikk. Innenfor schizofreniforskningen finnes det store mengder litteratur, og det har vært utfordrende å velge ut relevant litteratur. Jeg har vektlagt å bruke primærlitteratur så mye det har latt seg gjøre. Dersom primærlitteratur har vært umulig å oppdrive, har jeg anvendt sekundærlitteratur. For meg har det vært sentralt at forskningsartiklene skal være av nyere dato og at pedagogisk-psykologiske teorier er av eldre dato, men kan karakteriseres som

klassiske. En annen utfordring har vært å ”oversette” litteratur innenfor psykologisk område til et språk med en mer pedagogisk klang.

### 3. LITTERATUR:

En stor del av litteraturen jeg har anvendt, er forskningsartikler funnet i tidsskrifter innenfor psykologi og psykiatri. Dette er tidsskrifter som blant annet American Journal of Psychiatry, Schizophrenia Bulletin, Schizophrenia Research, British Journal of Psychiatry, Psychiatric Bulletin og Tidsskrift for den norske lægeforening.

Bakgrunnen for at jeg har vektlagt tidsskrifter i så stor grad, er at det er en tendens til at de fleste forskningsfunn først produseres i tidsskrift før de gjengis i bøker, om det i det hele tatt gjøres. Jeg har anvendt mye litteratur av Bjørn Rishovd Rund som er en av de mest fremragende norske forskerne på feltet. Han har redigert en bok som første gang ble utgitt i 2005 med tittelen ”Schizofreni” der flere ledende forskere har vært medforfattere.

Innenfor det pedagogisk-psykologiske feltet har jeg først og fremst anvendt klassiske teoretikere som Bandura, Maslow og Atkinson. Jeg har brukt deres prinsipper i min drøftning om mestring og hvordan man kan tilrettelegge for mestring i skolen for elever med schizofreni. Jeg har en eklektisk teoritilnærming siden disse befinner seg innenfor ulike tradisjoner. Pedagogisk litteratur om schizofreni og tilrettelegging har jeg ikke funnet. Jeg har da vært nødt til å anvende pedagogisk-psykologisk litteratur som ikke er myntet spesielt på denne elevgruppen.

### 4. KONKLUSJONER:

I denne oppgaven har jeg lagt psykoedukativ behandlingsmetode til grunn som en bakgrunnsforståelse. Psykoedukativ behandling vektlegger at pasienten og familien får undervisning om hvordan man kan forstå schizofreni og hvordan det kan oppleves. Økt kunnskap kan føre til at pasienten og familien bedre mestrer dagligdagse situasjoner og kan bli bedre rustet til å forutse tilbakefall. Lav grad av ”expressed emotions” er et kjernemoment i psykoedukativ behandling. Ved å legge denne

behandlingsmetoden til grunn vektlegger jeg hvor viktig opplæring er for bedre forståelse av schizofreni. Jeg mener pedagoger også bør ha en slik opplæring for bedre å kunne møte utfordringene hos disse elevene.

Jeg mener det finnes to hovedutfordringer pedagoger møter hos elever med schizofreni. Den første er å bidra til tidlig oppdagelse slik at behandling kan settes i gang så tidlig som mulig. Jeg mener at dette krever at pedagoger får en bredere kjennskap til tidlige symptomer ved schizofreni. Med større kunnskap er pedagoger bedre rustet til å ta symptomene på alvor og ikke tilskrive elevens underlige atferd til ungdomsopprør eller pubertetskrise. Det er også hensiktsmessig for pedagogen å kjenne til mulige årsaker til hvorfor noen utvikler schizofreni. Hvordan man kan møte håndtere denne utfordringen, er å si i fra. Foruten foreldrene, er skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste, BUP og/eller barnevernet er naturlige instanser å melde fra om at man er bekymret.

Den andre utfordringen er å tilrettelegge for mestring hos disse elevene, både i klasserommet og friminuttene. Elever med schizofreni viser kognitive svikt som påvirker læring og sosial fungering på flere måter. Først og fremst har de omfattende svikt i hukommelsen. Arbeidsminnet og korttidshukommelsen er områder som er mest affisert. Dette vil kunne begrense problemløsningsmuligheter, fordi eleven ikke makter å ha informasjon som kreves lenge nok i arbeidsminnet. Videre har mange av disse elevene store svikt i eksekutive funksjoner, som begrenser evnen til å for eksempel å planlegge, ha oversikt, gjennomføre og evaluere en arbeidsoppgave. Oppmerksomhet er ikke nedsatt i samme grad som hukommelse og eksekutive funksjoner, noe som skiller ungdom med schizofreni fra voksne.

Elevens sosiale fungering vil også spille en viktig rolle for mestring og trivsel på skolen. Jeg har funnet at disse ungdommene har store mangler når det gjelder sosial persepsjon og "theory of mind". Kognitive svikt vil også få konsekvenser for sosial fungering. Dagens ungdomskultur stiller store krav til kognitive funksjoner gjennom mye verbal kommunikasjon og mindre lek og kommunikasjon via sms og chatting.

Kognitiv svikt vil også kunne begrense et selvstendig levesett og problemløsning i dagliglivet.

Jeg har sett at i følge Maslow (1970) har mennesket et iboende behov for mestring. Imidlertid sier Maslow, trer menneskets behov for mestring først fram i hans behovskategori nummer fire, kategorien om anerkjennelse og positiv selvoppfatning. Maslow sier at behov som fysiologiske behov, behov for trygghet og sosial tilknytning er mer elementære behov som noenlunde må tilfredsstilles før behovet om mestring melder seg. Det er derfor en interessant diskusjon om skolen i dag har glemt menneskets basale behov. Jeg mener at den generelle delen i læreplanen vektlegger elevens basale behov ved å formulere formål som at ”eleven skal ha en allsidig utvikling og kraft til å ta hånd om eget liv” (Læreplanverket 1996:50), men et annet spørsmål er om dette praktiseres i dagens skoler.

## FORORD:

Med stor iver og redsel gikk jeg i gang med denne hovedoppgaven. Jeg hadde tidlig bestemt meg for emnet; ungdom med schizofreni – den alvorligste psykiske lidelsen i verden. En av de få lidelser eller sykdommer som rammer mennesker i relativt samme omfang over hele vår blå klode. Jeg visste stort sett ingenting om schizofreni da jeg satte i gang med innledende arbeid som etter hvert skulle formes til denne oppgaven. Min hypotese er at manglende kunnskap gjelder for altfor mange pedagoger.

Like viktig som å skrive en oppgave om schizofreni, er det også å bidra til at alvorlige psykiske lidelser får innpass i skolen. Samfunnet har gitt skolen viktige oppgaver når det gjelder å fremme og ta vare på elevenes personlighets- og kompetanseutvikling. Skolen er den arenaen utenom familien der ungdommen i særlig grad skal få ivaretatt og styrket sin følelse av egenverd og få utviklet kompetanse og livsdugelighet, og derved å bli rustet til å møte livet og klare de påkjenninger livet måtte by på (Berg 2005). Stortingsmeldingen ”Åpenhet og helhet” hevder at det er en bred tverrpolitisk enighet om at det er på høy tid å ta et løft for mennesker med psykiske lidelser (St.meld. nr. 25. 1996-97). Jeg mener dette innebærer at skolen bør ha en bevisst holdning til hvordan man på beste måte kan fremme god psykisk helse, og hvordan man skal forebygge at elevene utvikler psykiske lidelser. Dette er min motivasjon for å skrive oppgaven, og mitt mål med resultatet.

Jeg vil takke Aud Johanne Lindvåg som har vært en fabelaktig veileder gjennom hele prosessen. Du har oppmuntret og overbevist meg om at det jeg gjør er viktig. Du har delt av dine fagkunnskaper og din brennende omsorg for disse ungdommene. Jeg vil også rette en stor takk til min biveileder Arne Kristian Henriksen, som utrettelig har svart på mine mail og kommet med fruktbare råd innenfor det pedagogiske domene.

Jeg vil takke Kjersti Aasbø for spennende fagdiskusjoner ved ditt kjøkkenbord. En stor takk rettes til Hanne Gjelsvik for lesing av korrektur som bare en norsklærer kan. Sist med ikke minst, vil jeg takke Daniel for diskusjoner på tvers av pedagogiske og

medisinske fagområder. Ikke minst takk for din tålmodighet og støtte slik at oppgaven endelig ble ferdig.

Oslo/ Karlstad, 24. mai. Kristin Haugeto



<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1. Tema og problemstilling .....	1
1.2. Psykoedukativ behandling – en bakgrunnsforståelse .....	4
1.2.1. ”Expressed emotion” .....	5
1.2.2. Forebygging: Tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon .....	6
1.3. Metode .....	8
1.4. Avgrensning og oppbygging.....	10
 DEL 1. Å BIDRA TIL TIDLIG OPPDAGELSE OG INTERVENJON .....	11
<b>2. HVA INNEBÆRER PSYKOSER OG SCHIZOFRENI HOS UNGDOM? ....</b>	<b>11</b>
2.1. Kjenntegn ved psykoser. ....	12
2.1.1. Symptomer ved schizofreni .....	16
2.1.2. Forløpet i schizofreniutviklingen .....	20
2.1.3. Tidlig oppdagelse – hva skal vi se etter?.....	21
2.2. En multifaktoriell årsakssammenheng? .....	23
2.2.1. Sammenhenger mellom stress og sårbarhet .....	26
2.3. Kan ungdom med schizofreni fungere normalt igjen? .....	29
2.3.1. Variabler som kan påvirke prognosen.....	30
2.3.2. Tilbakefall.....	33
 DEL 2. ELEVENES MESTRING – PEDAGOGENS UTFORDRING .....	34
<b>3. MESTRING – VILKÅR FOR LÆRING OG TRIVSEL? .....</b>	<b>34</b>
3.1. Menneskets behov for mestring.....	34
3.1.1. Ikke-mestring – selvoppfattelse og identitet på gyngende grunn.....	37
3.1.2. Livskvalitet hos ungdommer med schizofreni .....	39
3.2. Pedagogisk-psykologiske prinsipper om mestring og motivasjon .....	40
3.2.1. Ønske om å lykkes versus redselen for å mislykkes .....	41
3.2.2. Elevenes årsaksplassering av suksess og nederlag.....	43
3.2.3. Elevenes forventning om egen mestring .....	45
3.3. Oppsummering .....	46
<b>4. KOGNITIV FUNGERING – ET VILKÅR FOR LÆRING .....</b>	<b>47</b>
4.1. Teorier om kognisjon .....	47
4.1.1. Hukommelse .....	47
4.1.2. Eksekutive funksjoner .....	51
4.1.3. Oppmerksomhet .....	52
4.2 Kognitiv fungering hos ungdom med schizofreni.....	52

4.2.1. Hukommelsessvikt hos elever med schizofreni .....	53
4.2.2. Forstyrrelser i eksekutive funksjoner .....	55
4.2.3. Oppmerksomhet hos elever med schizofreni .....	56
4.3. <i>Hvilke variabler spiller inn for omfanget av kognitive svikt?</i> .....	57
4.3.1. Er det likhetstrekk mellom schizofreni og ADHD når det gjelder kognitive svikt? .....	58
4.4. <i>Oppsummering</i> .....	60
<b>5. SOSIAL FUNGERING HOS ELEVER MED SCHIZOFRENI .....</b>	<b>61</b>
5.1. <i>Sosial kognisjon og sosial fungering</i> .....	61
5.1.1 Sosial persepsjon hos ungdom med schizofreni .....	63
5.1.2. “Theory of mind” .....	64
5.2. <i>Kognitiv svikt hos ungdom og konsekvenser for fungering i dagliglivet</i> .....	65
5.3. <i>Hvor omfattende er forstyrrelsene i sosial fungering?</i> .....	68
5.3.1. Schizofreni og komorbide tilstander .....	68
5.4. <i>Oppsummering</i> .....	70
<b>6. OM MESTRING ER MÅLET – TILRETTELEGGING FOR ELEVER MED SCHIZOFRENI .....</b>	<b>71</b>
6.1. <i>Tilpasset opplæring for alle elever</i> .....	71
6.2. <i>Expressed emotion i skolehverdagen</i> .....	73
6.3. <i>Integrering i vanlig skole – basale behov først</i> .....	76
6.3.1. Trygghet og sikkerhet i skolehverdagen .....	77
6.3.2. Sosial tilknytning og sosial kompetanse .....	81
6.4. <i>Tilrettelegging for utvikling av anerkjennelse og positiv selvoppfatning</i> .....	84
6.4.1. Undervisnings- og læringsstrategier .....	86
6.5. <i>Pedagogen - en del av ansvarsgruppen</i> .....	88
6.5.1. Nettverksmøter og åpne samtaler .....	90
6.6. <i>Oppsummering</i> .....	91
<b>7. KONKLUSJONER OG RETNING VIDERE .....</b>	<b>92</b>
7.1. <i>Elever med schizofreni</i> .....	92
7.1.1. Første utfordring: Tidlig oppdagelse av psykose hos eleven .....	93
7.2.2. Andre utfordring: Tilrettelegging for mestring .....	94
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>I</b>
<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>I</b>

# 1. INNLEDNING

”Alle bør sørge for å være godt informert og oppdatert om psykiske lidelser. Det bør bli en del av den alminnelige helsekunnskapen og beredskapen man bærer med seg for å kunne møte ulike livssituasjoner og kriser. Det bør være like selvfølgelig som om man vet noe om førstehjelp.”

( Nina B. J. Berg 2002:13)

## 1.1. Tema og problemstilling

Hvordan kan pedagoger bidra til et så positivt utfall som mulig for elever med schizofreni og psykoseproblematikk? Innenfor psykiatrien er psykoser viet mye oppmerksomhet, og store ressurser legges ned i forskning på dette området. Innenfor det pedagogiske domenet er derimot schizofreni ikke vektlagt i samme grad. Men hvorfor er det ikke det? Psykiske lidelser har alltid vært, og er fortsatt i dag et klart psykologisk fenomen. Likevel mener jeg det er uhyre viktig at vi pedagoger får kjennskap til alvorlige psykiske lidelser.

Schizofreni er den alvorlige psykiske lidelsen som det er forsket mest på. Schizofreni er ingen sykdom, for man kan ikke peke på noen bestemt årsak. Det dreier seg om en diagnose, et syndrom som karakteriseres av et sett symptomer (Thuesen 2006).

Personer med psykoser og schizofreni viser ofte en medfødt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser (Rund 1991a), og på den måten kan lidelsene bli sett på som ytring av livshendelser (Myhre m.fl. 2006). Blir livshendelsene for stressende til å håndtere, kan den sårbare personen utvikle psykose. I dag peker forskning i retning mot en multifaktoriell årsakssammenheng der genetiske, nevrologiske og miljømessige faktorer spiller inn (Cullberg 2001).

Lidelsen er ofte kronisk med psykotiske symptomer, kognitiv svikt, sosial tilbaketrekning og svekket sosial fungering. Ungdommer med schizofreni har reduserte kognitive ferdigheter sammenliknet med friske ungdommer på en rekke kognitive oppgaver (Rund 2002). Kognitive svikt medfører også store vansker med å

mestre sosiale arenaer uten klare koder for hvordan man skal samhandle. Schizofreni rammer personen på ulike måter og kan i varierende grad medføre vansker med å fungere i dagliglivet. For de som er tyngst rammet vil sykdommen kunne innebære store utfordringer for både personen selv og pårørende. Det hevdes at behandling kan bidra til å bedre sykdommen (Topor 2004). Et mindretall gjenhenter seg totalt, men langt flere kan tilfriskne i en slik grad som muliggjør sosial fungering. Dette betyr at pedagoger og andre fagfolk som skal arbeide med mennesker med schizofreni bør ha kunnskap om de grunnleggende kjerneproblemene som kjennetegner lidelsen over tid, for å kunne tilrettelegge behandling og undervisning som tar utfordringene på alvor.

I 1995 ble indirekte og direkte kostnader lagt på personer med schizofreni estimert til mellom 3,5 og 4 milliarder kroner per år i landet vårt (Rund 1995). De reelle kostnadene i 2002 var derfor rimelig å anslå til over 5 milliarder kroner per år (Johannessen 2002). Direkte kostnader er utgifter knyttet til ulike behandlingstiltak, indirekte kostnader er samfunnets tap knyttet til yrkesmessig uførhet og liknende. Å finne adekvate behandlingsmetoder for lidelsen er helt sentralt både for ungdommene, deres familie og samfunnet for øvrig.

Psykiske lidelser og psykisk helsearbeid er viet omfattende oppmerksomhet de siste årene. Stortingsmeldingen ”Åpenhet og helhet” og den påfølgende proposisjonen ”Opptappingsplanen” fra slutten av 1990-tallet er eksempler på dette. Her blir det hevdet at behandlingen av mennesker med psykiske lidelser har brister i alle ledd (St.meld. nr. 25. 1996-97). Derfor blir det vektlagt en opprusting av tiltak som kan komme den rammede til gode på flere plan. Mennesker med psykiske lidelser behøver et sammenhengende behandlingsnettverk i helsetjenesten. I tillegg trenger disse menneskene et bredt spekter av andre tiltak enn rene helsetjenester (St.meld. nr. 25. 1996-97). For ungdom kan dette innebære tilrettelagt skole, hjelp til aktivisering, fritidsaktiviteter og kulturtilbud.

Skolen har som mål å favne alle mennesker i skolepliktig alder. I dag har også alle elever krav på tre års videregående opplæring. Ungdom med psykoseproblematikk

erfarer ofte å falle ut av skolen og tilhørende sosiale arenaer. For å nå målet om en skole som inkluderer barn og unge med ulike behov, må skolens fagfolk vie mer oppmerksomhet til unge med psykoselidelser. Dette synes å være en forsømt gruppe (St.meld. nr. 25. 1996-97). Med en lærers brede kjennskap til funksjonsnivå og atferd i en jevnaldergruppe, kan han eller hun med minimale kunnskaper om psykose bidra til tidlig oppdagelse av tegn på psykose og stimulere til tidligere igangsatt behandling (Olin m.fl. 1998). Ved en godt tilrettelagt undervisningen kan eleven fått økt mulighet til å mestre, noe som kan forebygge drop-out fra skole og nederlagserfaring på en av de viktigste arenaer i en ungdoms liv.

Skolen er en læringsarena. Gå på skole er noe "normalt" som alle ungdommer gjør. I tillegg til behandling og terapi som gis på psykiatriske institusjoner og poliklinikker, er det viktig å tilrettelegge for mestring av skole og fritidsaktiviteter. Det å være skoleelev er en naturlig arena for mestring for alle tenåringer, og det å gå på skole kan bidra til at ungdommen kan inneha andre rolleidentiteter enn det å være psykisk syk. Å tilrettelegge for optimale læringssituasjoner slik at eleven kan føle mestring, kan bidra til at eleven kan fullføre skolegang og med dette få en bedre prognose for sin framtid.

Formålet med oppgaven er å formulere et veiledende dokument for pedagoger om hva schizofreni er, hvordan og på hvilke områder disse elevene spesielt sliter og har utilstrekkelige evner. Vel så viktig er det at skolen kan bidra med at denne utilstrekkeligheten ikke befestes, men kan forstås og møtes på en måte som fører til mestring. Med "pedagoger" mener jeg alle personer som beskjeftiger seg med undervisning, deriblant spesialpedagoger, lærere og fritidspedagoger (Bø & Helle 2002). Med "ungdommer" mener jeg elever mellom 13 til 20 år, aldersgruppa som hører hjemme på ungdomstrinn og videregående skole. Min hovedproblemstilling og underproblemstilling blir som følger:

- 1. Hvilke utfordringer møter pedagoger hos elever med schizofreni?*
- 2. Hvordan kan disse utfordringene håndteres?*

## **1.2. Psykoedukativ behandling – en bakgrunnsforståelse**

Psykoedukative metoder er et samlebegrep for ”strukturerte behandlingstilbud som inkluderer pasientens og familiens behov for kunnskap om lidelsen og opplæring i hvordan denne kan håndteres på en optimal måte” (Lindvåg & Fjell 2006: 288). I praksis vil dette si at familien blant annet får undervisning om lidelsen og hjelp til å omsette ny forståelse i hverdagen. Jeg har valgt psykoedukativ tilnærming som bakgrunnsforståelse fordi man gjennom denne tilnærmingen vektlegger forståelse og kunnskap om ungdommen og lidelsen. Gjennom økt kunnskap og forståelse kan pedagoger få økt kompetanse til oppdagelse av psykoseutvikling og optimal tilrettelegging i møte med elever med psykoser og schizofreni på skolen.

Psykoedukativ behandlingsmetode oppstod i løpet av 1970-årene som et ledd i behandlingen av schizofreni. Ulike faktorer bidro til dette, blant annet at familiene hadde fått større ansvar fordi stadig flere pasienter med schizofreni ble behandlet utenfor sykehus etter akutte episoder (Bentsen 2003). Psykoedukativ familiebehandling ved schizofreni ble utviklet for å minske stresset i familiene og dermed bedre sykdomsforløpet. Behandlingen tar utgangspunkt i en sårbarhetsmodell (se 2.2.1.). Man prøver å skape en trygg og strukturert hverdag ved å forsøke å unngå ytre stressfaktorer. ”Behandlingen er realitetsorientert, og er med på å kompensere for pasientens sviktende realitetsoppfatning, dømmekraft, tenkning, stemningsleie eller kommunikasjon” (Sollien m.fl. 1999:114-115).

Den tid er forbi da psykisk syke pasienter ble innlagt på mer eller mindre lukkede avdelinger og resten av sin livstid isolert fra samfunnet. Det varierer naturligvis innenfor hvor langt tidsrom pasienter innlegges på sengeposter ved sykehus i Norge i dag, men ett års innleggingstid karakteriseres ofte som en lang tid, og at dette omfatter ofte de alvorligst lidende pasientene (Sollien m.fl. 1999). Pasienten befinner seg altså det meste av livet hjemme og i nærmiljøet. Vanlig behandlingsfilosofi ved bruk av psykoedukativ tilnærming er å bruke hjemmet og det lokale nettverket som ressurs. Derfor arbeider man for å tilbakeføre pasienten til hjemmet etter en kort

behandlingsperiode. Dette er spesielt viktig for en ungdomspopulasjon hvor familien spiller en vesentlig rolle for ungdommens utvikling. Lindvåg og Fjell (2006) viser at det er bred dokumentasjon for at psykoedukative intervensjoner bidrar til å forebygge psykotiske tilbakefall, bedrer livskvalitet for pasient og familiemedlemmer og innebærer reduserte kostnader ved behandlingstilbudene. Psykoedukativ tilnærming kan forkorte sykehusopphold, forbedre samarbeid om medikasjon, forbedre pasientens funksjonsevne og familiens velvære (Bentsen 2003).

### **1.2.1. "Expressed emotion"**

På Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble "psykoseprosjektet" introdusert i 1987 (Borchgrevink & Fjell 1992). Gjennom psykoedukativ familieoppfølging fikk familien hjelp til en mer hensiktsmessig balanse mellom for mye og for lite stimuli og krav, og til en bedre kommunikasjon. På denne måten kunne familien bidra til å hindre eller utsette tilbakefall. Prosjektet vektla å veilede foreldrene til en lavere "expressed emotion" (EE). Lav EE er et kjernemoment innenfor psykoedukativ behandling. EE sier noe om det følelsesmessige klimaet som ungdommen lever i, i familien, behandlingen og i skolen. EE består av fem variabler som beskriver miljømessige betingelser som har sammenheng med prognosen, først og fremst hos ungdommens familie, men det er sentralt å se at EE også er en sentral faktor i andre arenaer (Jordahl & Repål 1999). De tre første variablene er kritiske kommentarer, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering:

*Kritiske kommentarer* kan komme til uttrykk gjennom verbalt innhold eller tonefall i et utsagn. De blir bare regnet som kritiske dersom det er et utvetydig utsagn om at den pårørende er uenig i, eller tar avstand fra en handling utført av ungdommen.

*Fiendtlighet* kan være tilstede i form av generalisering, avvisning, eller begge deler. Generalisering innebærer verbale uttrykk for en holdning om at ungdommen ikke kan gjøre noe som helst riktig og omhandler hele personen. Avvisning er en mer direkte generalisert form for negative følelser, og kan innebære utsagn som klart viser at den

pårørende misliker ungdommen som person. *Emosjonell overinvolvering* kan komme til syne gjennom sterke emosjonelle reaksjoner, selvoppofrende atferd eller ekstremt overbeskyttende atferd (Jordahl & Repål 1999:49).

Når verdien av kritikk, emosjonell overinvolvering eller fiendtlighet overstiger en fastsatt terskel, betegnes miljøet som preget av høy EE. Eksponering av høy EE vil for de fleste mennesker, og spesielt for mennesker med psykose, oppleves som stressende og ubehagelig om belastningen varer over tid. Lindvåg og Fjell (2006) peker på forskning som viser at risikoen for tilbakefall tredobles og bidrar til et dårligere forløp av lidelsen.

*Varme og positive bemerkninger* er de to siste variablene og kjennetegner et miljø med lav EE. I et slikt miljø gir personen med psykose økt mulighet bedring og redusert risiko for tilbakefall (Lindvåg og Fjell 2006).

### **1.2.2. Forebygging: Tidlig oppdagelse og tidlig intervensering**

Forebygging har blitt sett som en viktig faktor for et så positivt utfall som mulig for personer med schizofreni (Garety & Jolley 2000, Birchwood m.fl. 2000). *Primær* forebygging handler om å redusere antallet nye tilfeller av sykdommen, eller å hindre at sykdom oppstår (Larsen 2002). Sykdomsforekomsten reduseres ved at hyppigheten av nye tilfeller minskes. For å kunne drive primær forebygging forutsettes kunnskap om risikofaktorer for utvikling av lidelsen, og innsats for å redusere disse (Berg 2005). I skolesammenheng kan primær forebygging innebære et godt psykososialt miljø og undervisning om psykisk helse.

*Sekundær* forebygging vil si sykdommen oppdages på et tidlig stadium av sykdomsutviklingen, og personen blir tilbudt optimale tiltak og behandling. Sekundær forebygging har to mål. For det første å forhindre at lidelsen utvikles videre og deretter å forkorte varigheten av lidelsen. For å kunne drive forebyggende arbeid på dette



nivået er det en forutsetning at en kjenner til hva som er tidlige sykdomstegn (Berg 2005). Det er ikke enkelt å oppdage tidlige tegnene som kan føre til schizofreni hos ungdommer. Noen av de trekkene man ser hos unge som er i ferd med å utvikle sykdommen, kan også være typiske for ungdommer som opplever konflikter i overgangen fra barn til voksen. De kan derfor sees som tegn på at de er i en ”vanskelig alder” (Jordahl & Repål 1999). Det kan derfor være vanskelig å skille mellom pubertetsreaksjoner og tegn på begynnende psykotisk utvikling.

På tross av at de tidlige tegnene er vanskelig å identifisere, har ideen om tidlig oppdagelse og intervensjon av schizofreni blitt lansert som en ny strategi de siste ti årene. TIPS-prosjektet i Rogaland (TIPS: Tidlig Intervensjon ved Psykose) er et norsk eksempel på dette. Utgangspunktet for prosjektet var at man i en rekke studier har vist at pasienter med debutert psykose som regel hadde psykosesymptomer i lang tid før adekvat behandling ble satt i gang.

At sykdomsutviklingen oppdages tidlig og at behandling også blir satt i gang tidlig, kan spille en avgjørende rolle for ungdommer med begynnende schizofreni. Jordahl og Repål (1999) peker på flere faktorer ved dette. Dersom intervensjonen lar vente på seg kan dette føre til flere uheldige konsekvenser. De mener at når det har gått lang tid, er kanskje ungdommen så psykotisk at vedkommende har liten sykdomsinnsikt og motsetter seg behandling. Dette kan føre til at behandlingen vanskeliggjøres og det kan bli nødvendig å bruke tvangstiltak. Vedvarende psykose fører oftest til kognitive svikt. Desto raskere behandlingen settes i gang, desto større er sjansen for et positivt utfall. I tillegg kan en lang periode med ubehandlet psykose forårsake at ungdommen i lang tid har hatt problemer på ulike arenaer. Han /hun kan ha falt ut av skolen, mistet kontakten med venner og isolert seg fra foreldre. Som tidligere nevnt, medfører schizofreniledelsene også en betydelig kostnad for samfunnet.

Det positive ved tidlige intervensjoner er for det første at det kan bedre livskvaliteten for de rammede. Personer med schizofreni utgjør en stor risikogruppe for selvmord. Tidlig intervensjon kan gi en bedre fremtidsutsikt og bedre prognose (Jordahl og

Repål 1999). Byrden for pårørende kan også oppleves lettere ved tidlig intervensjon. Det kan føre til at de får avlastning og støtte til å mestre situasjonen bedre.

*Tertiær* forebygging innebærer å forhindre forverring eller tilbakefall av lidelsen. Det handler om å behandle mest mulig effektivt etter at tilstanden har utviklet seg (Larsen 2002), som for eksempel kan være å delta i rehabiliteringsprogrammer, medisinsk vedlikeholdsbehandling og gjennom psykoterapeutisk behandling (Berg 2005). Målet med forebygging på dette nivået er i størst mulig grad å hindre at lidelsen blir kronisk og fører til uførhet.

Ser man psykoedukativ behandling i et skoleperspektiv, kan økt kunnskap hos pedagoger føre til mestring og lav EE i skolemiljøet. Med økt kunnskap er pedagoger bedre rustet til tidlig oppdagelse. Dette kan medføre til tidlig intervensjon, forebygging og tilrettelegging for mestringsopplevelser på skolen. En slik forståelseshorisont gjør skolen til en aktiv bidragsyter i forebyggingen av at lidelsen blir kronisk og at ungdommen faller ut av samfunnet.

### **1.3. Metode**

For å besvare problemstillingene har jeg valgt en teoretisk tilnærming og basert meg på studier av tidligere forskning og teori. Jeg har valgt en eklektisk tilnærming til teorier. Jeg har lagt opp til en relativt bred redegjørelse og drøftning, men har likevel vært nødt til å gjøre avgrensninger med hensyn til litteraturen. Forskningsfeltet innenfor schizofreni er stort, og det har vært praktisk og teoretisk umulig å danne seg en helhetlig oversikt over hele feltet. Jeg har vektlagt noen områder innenfor schizofreniforskningen som jeg mener er relevante for å svare på problemstillingen. Jeg har konsentrert meg om å bruke nye forskningsrapporter slik at pedagoger på best mulig måte kan få nye og aktuelle kunnskaper, selv om jeg er klar over at stadig nye funn vil bli oppdaget. Innenfor pedagogisk-psykologiske teorier har jeg vektlagt eldre litteratur som kan karakteriseres som klassikere som Bandura, Maslow og Atkinson.

Jeg har med andre ord forsøkt å veve nyeste schizofreniforskning sammen med veletablerte pedagogisk-psykologiske prinsipper. En av mine hovedutfordringer var å bruke litteratur med medisinsk og psykologisk tilhørighet og ”oversette” dette til et pedagogisk språk. Dette fordi litteratur om schizofreni i liten grad finnes innenfor pedagogikkens domene.

En vesentlig faktor har vært å kvalitetssikre kildene. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i hva Kjelstadli (1999) mener om kildekritikk. I denne sammenheng har jeg vektlagt å bruke primærlitteratur, men unntak når dette er praktisk umulig å få til.

Sekundærlitteratur er hovedsakelig brukt for å orientere meg om ulike kilder. Jeg har benyttet meg av en rekke forskningsartikler, produserte av både norske og utenlandske forfattere. Jeg mener utvalget mitt er representativt for hva som bekreftes av majoriteten av forskere på feltet i dag. Innenfor min diskusjon om tilrettelegging for mestring, måtte jeg ta i bruk litteratur som er myntet på andre elever enn elever med schizofreni. Dette fordi det ikke finnes mye litteratur på området.

Foruten forelesningsnotat til spesialpedagog Lippart (2005), er alle kildene endelige dokumenter. De fleste forskningsartiklene er formet av forskerteam med flere forfattere. De er også utgitt i anerkjente tidsskrifter på området. Fagbøkene er ofte skrevet av én forfatter, men med referanser til andre forfattere. Jeg har anvendt mange forfattere som er uavhengige av hverandre. Jeg har prøvd å være så nøyaktig og grundig jeg kan i tolkningen av kildene. Likevel mener jeg at tolkning av kilder er en stor utfordring, både når det gjelder å oversette rent språklig, men også den faglige tolkningen ved at mesteparten av litteraturen er tuftet på psykologiske og medisinske termer jeg som pedagog ikke har nok fagkunnskap om.

Begrepsvaliditeten er et kritisk punkt fordi klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV legger noe ulikt innhold i hva schizofreni innebærer. Begge systemene er anvendt i de ulike forskningsstudiene, noe som innebærer at resultatene blir tilsvarende ulike. Videre har jeg basert meg på en del forskning rettet mot voksne med schizofreni. Dette fordi det er gjort lite forskning på ungdomsgruppen.

En teoretisk tilnærming innebærer både fordeler og ulemper. Den tillater blant annet bredde, slik at diagnosen kan sees fra flere perspektiver. Andre metoder enn en litteraturstudie kunne egnet seg for å besvare min problemstilling. For eksempel kunne jeg benyttet meg av observasjonsstudier på skoler, for å undersøke hvordan lærere der tilrettelegger for elever med schizofreni. Videre kunne intervju eller spørreundersøkelser bli brukt for å få tak i læreres, psykologers og psykiateres oppfatning av hva som er viktig for pedagoger å være bevisst på i møte med denne elevgruppen. Min målsetning har vært teoretisk oversikt over temaet innenfor gitte rammer, så derfor har observasjonsstudier ikke blitt gjort.

#### **1.4. Avgrensning og oppbygging**

Som bakgrunnsforståelse til denne oppgaven har jeg valgt prinsipper innenfor psykoedukativ behandlingsmetode. Dette har jeg gjort fordi den er relativt ukomplisert for andre faggrupper enn psykologer å forstå, og den kan anvendes på flere arenaer. Andre behandlingsformer som psykoanalyse eller kognitiv behandling, er etter min forståelse behandling primært mellom terapeut og pasient. Psykoedukativ metode er tuftet på forståelsen om at foreldre og nettverk må få økt kunnskap og tilrettelegge for et stimulerende miljø slik at pasienten kan bli bedre.

Dette er en oppgave med eklektisk eller multiteoretisk grunnlag. Foruten teori med psykoedukativ tilnærming, anvender jeg teorier fra ulike tradisjoner. Oppgaven organisert i to deler som tilsvarer det jeg mener der to hovedutfordringer pedagoger møter hos elever med schizofreni. Den første delen, som er ordnet som andre kapittel, har som målsetning å øke pedagogers kunnskap om hva schizofreni er, slik at pedagoger kan bli bedre rustet til å oppdage tidlige tegn på utvikling av lidelsene. Jeg har også inkludert faktorer som årsaker og mulighet for tilfriskning slik at pedagoger kan få et så helhetlig bilde som mulig.

Del to vektlegger hvordan pedagoger kan tilrettelegge for læring, trivsel og mestring på skolen. I tredje kapittel diskuterer jeg prinsipper for mestring og motivasjon, og at mestring og selvpoppfattelse har en sammenheng. Her vektlegger jeg Maslows behovshierarki, Atkinsons teori om prestasjonsmotivasjon, Weiners attribusjonsteori og Banduras prinsipp om self-efficacy. I fjerde kapittel diskuterer jeg kognitiv fungering hos ungdom med schizofreni. Dette er en faktor man må ta hensyn til i tilrettelegging av opplæring for ungdommene. Primært blir det vektlagt funksjoner som hukommelse, eksekutive funksjoner og oppmerksomhet. Ungdommenes sosiale fungering diskuterer jeg i femte kapittel. Jeg redegjør for sosial persepsjon "theory of mind" og hvordan kognitiv fungering også er en forutsetning for sosial fungering. Komorbide tilstander er også en faktor som tas opp her. I sjette kapittel drøfter jeg hvordan man kan tilrettelegge undervisning som fører til mestring. Jeg vektlegger tilpasset opplæring og elevens rettigheter i følge loven. Videre problematiserer jeg at pedagoger må tilrettelegge for at elevens basale behov blir tilfredsstillt, før eleven føler noe mestringsbehov. Jeg diskuterer også ulike undervisningsstrategier. Avslutningsvis diskuterer jeg pedagogens rolle i et mestringsperspektiv. I sjuende kapittel oppsummerer jeg oppgavens viktigste momenter.

## DEL 1. Å BIDRA TIL TIDLIG OPPDAGELSE OG INTERVENERING

### **2. HVA INNEBÆRER PSYKOSER OG SCHIZOFRENI HOS UNGDOM?**

"Du mener sikkert at du lever i en virkelig verden. Den hører ikke jeg til. Jeg har min egen virkelighet som er fylt av stemmer og mennesker som bare jeg opplever. De er blitt en del av meg. Derfor er min virkelighet ganske forskjellig fra din. [...] Vanligvis vandrer jeg inn og ut av min verden som det passer Neo. Neo er dørvakt og har kontroll over døren inn til min verden. [...] Neo har makten over min verden. Han kan stenge døren slik at jeg ikke kommer ut og blir fange i min egen verden."

(Pål Abrahamsen & Lise Dahl  
2004:14)

## **2.1. Kjennetegn ved psykoser.**

Hva vil det si å være psykotisk, og hvordan oppleves det? De fleste har kanskje en oppfattelse av at det innebærer å høre stemmer, og å ha en annen virkelighetsoppfatning enn folk flest. I dagligtalen har vi uttrykk som ”å være gal” og det er ikke uvanlig å se mennesker snakke med seg selv eller skjære grimaser. Det er grunn til å tro at det finnes myter og fordommer knyttet til psykoser. At det finnes elever i den norske skolen som lider av slike problemer, er ganske åpenbart. Dette kapittelet har som målsetning å erstatte mytene med reelle kunnskaper.

Psykose er en bred samlebetegnelse på en rekke lidelser som skiller seg både i type og alvorlighetsgrad. Fellestrekk ved psykoser er fremfor alt vrangforestillinger. Personer med psykotiske lidelser viser ofte en avvikende atferd og opplever hallusinasjoner og forvirringstilstander. Det er imidlertid viktig å merke seg at realitetsbrist er en tilstand personen går inn og ut av. Mesteparten av tiden vil ikke personen være psykotisk. Falck-Pedersen (2004) forteller at i følge Drottning, kan psykose sammenliknes med epilepsi. Der har man en tendens til å få anfall, men man har ikke anfall hele tiden. Tilsvarende er det med schizofreni der man har en tendens til å bli psykotisk, men er det ikke hele tiden.

Det er ofte et naturlig behov å skille de ”enklere” psykoser fra de som gjerne får mer kompliserte forløp, og der man også risikerer varige forandringer i personligheten. Denne oppgaven vil omhandle unge med schizofreni og unge psykoselidende som ligger i risikosonen for å utvikle schizofreni. Psykiateren Eugen Bleuler (1857-1939) blir husket som han som skapte begrepet schizofreni. Schizofreni utgjør en heterogen undergruppe av psykosene som ofte har en dårligere prognose.

ICD-10 (International classification of Mental and Behavioral Disorders) som utgis av WHO (World Health Organization) er et av to diagnostiske system som benyttes til klassifikasjon av lidelser i Norge. Det andre er DSM-IV og benyttes like hyppig internasjonalt, men i Norge i hovedsak til forskning. Med utgangspunkt i ICD-10,

finner vi at psykoser grovt sett kan deles inn i fem undergrupper. Disse er *schizofreni*, *schizotyp lidelse*, *paranoide psykoser*, *akutte og forbigående psykoser* og *schizoaffektive lidelser* (ICD-10 2005:298-304). Selv om denne oppgaven primært vektlegger schizofreni, er det viktig å være klar over at en psykose kan ramme mennesker på ulike måter og gi opphav til et vidt spekter av diagnoser. Nedenfor vil det kort gjøres rede for de ulike undergruppene.

## A. Schizofreni

Slik beskriver ICD-10 de generelle kjennetegn ved schizofreniene:

”Generelt kjennetegnes de schizofrene lidelsene av fundamentale og karakteristiske endringer av tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Klar bevissthet og intellektuell kapasitet er vanligvis opprettholdt, selv om en viss kognitiv forstyrrelse kan utvikles over tid. De viktigste psykopatologiske fenomenene omfatter tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, tankekringkasting, vrangforestillinger når det gjelder persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet, hallusinatoriske stemmer som kommenterer eller diskuterer pasienten i tredje person, tankeforstyrrelser og negative symptomer.

Schizofrene lidelsers forløp kan være kontinuerlig eller episodisk med progredierende eller stabil defekt, eller det kan være en eller flere episoder med fullstendig eller delvis remisjon. Diagnosen schizofreni skal ikke stilles hvis det foreligger uttalte depressive eller maniske symptomer, unntatt der schizofrenisymptomene var tilstede før den affektive lidelsen.”

(ICD-10  
2005:298)

Videre klassifiserer ICD-10 schizofreniene inn i følgende undergrupper (F20.0-F20.6):

*Paranoid schizofreni* domineres av relativt stabile vrangforestillinger som vanligvis er ledsaget av hallusinasjoner, særlig for hørsel, og perseptuelle forstyrrelser. Affektive forstyrrelser og forandringer i vilje og tale er også vanlige kjennetegn.

*Hebefren schizofreni* opptrer tidlig, gjerne i tenårene og de negative symptomene er ofte sterkt framtreddende (Snoek & Engedal 2004). Hebefreni framtrer som affektive forandringer, flytende og fragmenterte vrangforestillinger og hallusinasjoner,

uansvarlig og uforutsigbar atferd, sær oppførsel og sosial isolering. Tankegangene er uorganisert og språket er usammenhengende. Vanligvis skal hebefreni kun diagnostiseres hos ungdom og unge voksne.

*Kataton schizofreni* har ofte en plutselig begynnelse. Episoder med voldsom psykomotorisk uro kan være et typisk kjennetegn. Kataton schizofreni preges av fremtredende motoriske forstyrrelser som kan veksle mellom ytterpunkter som hyperkinesi og *stupor*, eller automatisk lydighet og negativisme. Denne gruppen er sjelden i våre dager (Snoek & Engedal 2004:73).

*Udifferensiert schizofreni* oppfyller de generelle diagnostiske kriteriene for schizofreni, men passer ikke med beskrivelsene paranoid-, hebefren- eller kataton schizofreni. Alternativt kan denne undergruppen vise symptomer på mer enn én av de overnevnte undergruppene uten at et spesielt sett diagnostiske kriterier dominerer.

*Post -schizofren depresjon* innebefatter en depresjonsperiode som oppstår etter en schizofren lidelse og er ofte langvarig. Positive eller negative symptomer må fortsatt være til stede, men er ikke lengre like dominerende. Disse depressive tilstandene ledsages av økt selvmordsrisiko.

*Residual schizofreni* er et kronisk stadium i schizofreniutviklingen der det har vært en klar progresjon fra et tidlig til et senere stadium. Progresjonen skal være preget av langvarige negative symptomer som følelsesavflating og tap av viljestyrke.

*Enkel schizofreni* har en snikende og progressiv utvikling av rar atferd. Personen viser manglende evne til å møte samfunnets krav og svekkelse av alle ferdigheter. Negative symptomer utvikler seg uten forutgående tydelige psykotiske symptomer.



## **B. Schizotyp lidelse**

Dette er en lidelse som kjennetegnes av underlig atferd og forstyrrelser i tanke- og følelsesliv. Den ligner de man ser ved schizofreni, men uten klare schizofrenisymptomer. Symptomene kan omfatte følelseskulde eller upassende følelser, upassende atferd, sosial tilbaketrekning og paranoide eller bisarre ideer som ikke utvikler seg til klare vrangforestillinger. Andre vanlige symptomer er tvangspreget grubling, tankeforstyrrelser og sansemessige forstyrrelser. Disse personene kan periodevis vise forbigående nærpsykotiske episoder med intense illusjoner, hallusinasjoner og ideer på grensen til vrangforestillinger (F21).

## **C. Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser)**

Dette er en samlebetegnelse som omfatter ulike lidelser der vedvarende vrangforestillinger utgjør det eneste eller det mest framtrædende forstyrrelsen og som ikke kan klassifiseres under organisk lidelse, schizofreni eller affektiv lidelse. Vrangforestillingslidelser som har vart mindre enn 2-3 måneder bør foreløpig klassifiseres under akutte og forbigående psykoser (se punkt D). Lidelsene er kjennetegnet ved utvikling av enten en enkeltstående, eller et sett beslektede vrangforestillinger. I motsetning til schizofreni har disse vrangforestillingene ikke bisart innhold. Symptomer som vedvarende hørselshallusinasjoner, bisarre vrangforestillinger eller markert følelsesavflatning er uforenlig med denne diagnosen (F22).

## **D. Akutte og forbigående psykoser**

Disse psykoselidelsene er kjennetegnet av en akutt debut av psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og sansebedrag, og med omfattende avvik fra vanlig atferd. Med akutt debut menes en raskt økende utvikling av symptomer i løpet av to uker eller mindre. Personen føler ofte rådvillhet og forvirring, og en viss grad av desorientering med hensyn til tid, sted og egen person. Personen tilfriskner gjerne helt innen få måneder, og ofte i løpet av få uker eller dager. Hvis lidelsen varer ut over 2-3 måneder, må diagnosen endres. Lidelsen kan være forbundet med akutte påkjenninger,

vanligvis definert som kritiske livshendelser, som har inntruffet en til to uker før lidelsens debut (F23).

### **E. Schizoaffektive lidelser (schizoaffektiv psykose)**

Dette er episodiske lidelser der symptomer på både affektive lidelser og schizofreni er fremtredende, men som ikke gir grunnlag for å stille noen av disse to diagnosene.

Tilstanden skal klassifiseres under A, B eller C, om affektive symptomer sameksisterer, kommer i tillegg til en eksisterende schizofreni, eller veksler med paranoide psykoser av andre typer (F24).

#### **2.1.1. Symptomer ved schizofreni**

Det er altså ikke et enkelt symptom som er så typisk for schizofreni at det gir grunnlag for å stille diagnosen. Det er heller en kombinasjon av symptomer sammen med symptomenes varighet som gir oss den diagnostiske forståelsen. Symptomene vi finner ved schizofreni finner vi også ved andre forhold (for eksempel i andre undergrupper av psykose). Bleuler gjorde i 1911 en inndeling i *grunnsymptomer* av schizofreni som fortsatt er mye brukt i dag (Snoek & Engedal 2004). Dette er symptomer som er ekspressive og derfor lette for utenforstående å iaktta. I følge Cullberg (2000) er Bleulers fire grunnsymptomer:

- *Assosiasjonsforstyrrelser* som innebærer forstyrrelser i personens evne til å tenke. De gir seg til kjenne som en forandret logikk, en privat symbol- og ordbruk.
- *Affektive forstyrrelser* innebærer tegn på inadequate affekter, apati og mangel på interesse.
- *Ambivalens* betyr vakling mellom ulike impulser.
- *Autisme* uttrykker at personen er unormalt innadvent og viser manglende intersubjektivitet.

I forbindelse med grunnsymptomer er det også vanlig å nevne *basesymptomene* (Cullberg 2000). Disse uttrykker den subjektive opplevelsen av grunnsymptomene, og er dermed mye vanskeligere å legge merke til, men vel så omfattende for personen det gjelder.

- *Handlings- og bevegelsesforstyrrelser* innebærer at personen utfører en bevegelse mot sin vilje, eller at bevegelser som før gikk automatisk nå må overveies.
- *Kognitive forstyrrelser i tenkningen* som kan føre til store konsentrasjonsvansker.
- *Oppmerksomhets- og persepsjonsforstyrrelser*.
- *Selvforstyrrelser* vil si forandringer i opplevelsen av å ha en sammenhengende identitet.
- *Uspesifikke selvforstyrrelser* som innebærer en påtakelig opplevelse av energiløshet. Her hører også depressive opplevelser og angst med.

I tillegg til grunn- og basesymptomer, klassifiserer ICD-10 og DSM-IV symptomene i *positive* og *negative* symptomer. DSM-IV vektlegger *desorganisert atferd* som et tredje inklusjonskriterium. På tross av at jeg støtter meg på klassifiseringen innefor ICD-10, velger jeg også å redegjøre for desorganisert atferd.

### **Positive symptomer**

Positive symptomer viser til symptomenes aktive natur og er et tillegg av noe som ikke var der tidligere. De er observerbare for andre og de retter seg utover. De vanligste positive symptomer er vrangforestillinger og hallusinasjoner.

*Vrangforestilling* (lat. *paranoia*) innebærer et tankeinnhold eller en oppfatning av virkeligheten som tydelig avviker fra det omgivelsene mener er rimelig (Cullberg 2001). For eksempel opplever personen at tanker dras ut av hjernen slik at det oppstår pauser i tenkningen, eller at noen sender inn nye tanker i hjernen som forstyrrer ens egen konsentrasjon. Disse opplevelsene av tankemanimulasjoner forsøker personen å gi

ulike ”rasjonelle” forklaringer på. Forklaringene blir ofte minst like bisarre som tankeinnholdet, for eksempel overbevisningen om at man har fått en liten metallflis operert inn i hjernen mens man sov. Denne flisa er lik en radioantenne for andres styringer og beskjeder. Fra å erfare den plagsomme diskontinuiteten i sitt selv (tanker forvinner eller tilkommer), oppfatter personen at dette kommer av ytre påvirkning (metallflis). Personen reagerer på diskontinuiteten med å forsøke å ”reparere” og forklare opplevelsen gjennom å konstruere vrangforestillinger. Behovet av å få en meningsfull forklaring til det fremmende som skjer ved de forandrede indre opplevelsene, overrører det normale kravet om logikk og rasjonalitet (Cullberg 2001).

*Hallusinasjoner* er persepsjoner som kan forekomme i alle menneskets sanser. Hørselshallusinasjoner er de vanligste, men følelses- og synshallusinasjoner kan også forekomme. Lukthallusinasjoner er heller ikke uvanlige i akutte tilfeller. Jeg vil vektlegge hørselshallusinasjoner, det ”å høre stemmer”. Kvaliteten på stemmene varierer fra at de oppleves like distinkte som om de kommer fra en radiosending eller fra et levende menneske, til å være som en svak mumling. I den akutte psykosen er stemmene mer framtrepende og tvingende, mens de i rolige faser kan ligge i bakgrunnen eller være helt borte (Cullberg 2000).

Psykotiske hørselshallusinasjoner, som fremtrer hos personer med schizofreni, er ofte av en kommenterende type. Noen kritiserer eller (uvanligere) berømmer alt man tenker, gjør eller tenker å gjøre. Befalende stemmer kan i blant drive en person til selvdestruktive handlinger eller til å skade andre mennesker. Noen kan oppleve mengder med stemmer som oppfattes å komme fra personer som kan være kjente eller ukjente.

Mange personer med langvarige plager av hallusinasjoner utvikler egne strategier for å dempe stemmene slik at man ikke forstyrres så mye i sine forsøk på å konsentrere seg om annet (Cullberg 2000). Den vanligste strategien er å forsøke å overdøve stemmene gjennom å skrike til dem om å være stille eller at man kjefter tilbake. Å synge eller spille høy musikk er også vanlig. Hørselshallusinasjoner kan være konstante år etter år

og i mer eller mindre grad dominere tankelivet (Cullberg 2000). Hos majoriteten kommer stemmenes negative og forstyrrende tendenser å minske i betydning og man kan etter hvert lære seg å leve med stemmene. Det kan være viktig å merke seg at friske mennesker også kan høre stemmer. Noen bare "er sånn", mens det for andre er et element i en sorgarbeidsprosess.

De psykotiske symptomene utvikler seg ofte gradvis, og er ofte varierende i intensitet og frekvens. Det er også varierende i hvilken grad personen har innsikt i symptomene. For eksempel er ikke personen bevisst om at opplevelsene er uvanlige eller unormale eller at han/hun attribuerer symptomene til andre årsaker. Pårørende og andre voksne kan også attribuere symptomene til andre årsaker. Videre kan personen mangle ord for å beskrive opplevelsene eller ikke makte å søke hjelp (Phillips m.fl. 2005).

### **Negative symptomer**

De negative symptomene viser til symptomer som beskriver fravær av noe. Disse er mindre påfallende for andre, men alvorlige for personen som rammes (Jordahl & Repål 1999). Dette er symptomer som apati, tretthet, sløvhhet, affektavflatning og passivitet. Likegyldighet og initiativløshet forekommer også ofte. Talen blir ord- eller innholdsfattig, og personen viser også en dårlig non-verbal kommunikasjon gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, stemmemodulering og kroppsholdning.

Personen viser sosial tilbaketrukkethet, innadvendthet, dårlige sosiale ferdigheter og dårlig evne til å ta vare på seg selv (F20). Om de forekommer over lengre tid, har negative symptomene ofte en mer dyster prognostisk betydning enn de positive symptomene (Cullberg 2000). Det er viktig å merke seg at de negative symptomene er mer fremstående enn positive symptomer dersom schizofreni opptrer allerede i ungdomstida (Hollis 2000).

## **Desorganisert atferd**

Atferden hos personer med schizofreni kan ytre seg i bisarre eller låste bevegelser, såkalt katatoni. Den kan også bli uttrykt i en tale som er usammenhengende, opphakkert eller vag og allment vanskelig å forstå. Hos noen forekommer grimaser eller tics mens vedkommende snakker. Atferden kan i blant være skremmende med uanstendig eller truende innhold. Anklaginger, fysisk angrep eller upassende berøringer kan forekomme (Cullberg 2000).

### **2.1.2. Forløpet i schizofreniutviklingen**

Forløpet av schizofreni kan være kontinuerlig, episodisk med fremadskridende eller stabil defekttilstand, eller episodisk med full eller delvis tilfriskning (se 2.3.)

Schizofreni utvikler seg som regel i faser:

*Premorbidfasen* defineres som fasen fra fødsel til seks måneder før psykosedebut (Larsen m.fl. 2004). I premorbidfasen har pasienten ikke symptomer på lidelsen (Larsen 2002), men man antar at det forekommer en gradvis forverring av alle funksjoner fram til psykosens debut. Man har sett at hos ungdom som får schizofreni finnes en svekket premorbid funksjon og tidlige utviklingsforstyrrelser. Forstyrrelser i sosial utvikling er vanlig (Hollis 2000).

*Prodromalfasen* er tidsintervallet fra de første tydelige og varige forandringer i pasientens opplevelser eller atferd til det første klare psykotiske symptom (Møller & Husby 2003). Prodromalsymptomer kan forekomme i måneder, noen ganger i flere år før sykdommen utvikler seg til psykose (Cullberg 2001). Prodromale symptomer er symptomer av ikke-psykotisk natur, men som sett i lys av forløpet, varslet om sykdomsutbruddet.

*Psykosedebut* kjennetegnes ved sammenbrudd av grensefunksjoner (Friis 1999). Det oppstår store problemer med å skille mellom seg selv og andre, og indre og ytre verden. Personen blir ofte overvældet av indre og ytre stimuli.

*Behandling- og rehabiliteringsfase.* De aller fleste behøver medikamentell behandling (Friis & Larsen 2002). Psykoterapi, psykoedukativ behandling, miljøterapi og kognitiv behandling er eksempler på andre behandlingsformer. Det hevdes at desto lengre tid en person med psykoseproblematikk går uten behandling, desto saktere og mindre fullstendig responderer vedkommende på behandling når den først settes i gang (Gleeson & McGorry 2004).

*Residualfase* oppstår hos en betydelig del av personene etter en tid, og karakteriseres av negative, uproduktive symptomer. Denne tilstanden kan forstås som en konsekvens av et overdrevent forsvar mot å bli overvældet av stimuli (Friis 1999).

### **2.1.3. Tidlig oppdagelse – hva skal vi se etter?**

”Jeg tror at alt begynte allerede da jeg var 14-15 år. Jeg hadde mange rare tanker som ”hengte seg opp”. Jeg kunne komme på en setning, en helt alminnelig en som jeg sa om og om igjen inni meg og som jeg ikke klarte å komme unna. Jeg tok verdensproblemerne alvorlig og var sikker på at alt det grusomme som hendte rundt om i verden delvis var min skyld...”

( Pål Abrahamsen & Lise Dahl 2004: 26)

Det er ofte vanskelig å fastslå når en schizofrenilidelse begynner, og hos ungdom med begynnende psykoselidelse kan det være vanskelig å skille schizofreni fra andre lidelser som for eksempel bipolare forstyrrelser (Werry m.fl. 1994). Ofte er psykoser et tabubelagt emne og samtidig er ”psykose- lignende” symptomer ikke helt uvanlig hos mennesker som aldri utvikler sykdommen videre (Phillips m.fl. 2005).

Ungdommens familie er sentrale observatører til eventuell tidlig psykoseutvikling,

men også de må som oftest vente til ungdommens opplevelser gir atferdsutslag. Familiens tendens til å rasjonalisere eller «tåle» mer avvik enn utenforstående, medfører ytterligere forsinkelse.

Tidlig oppdagelse dreier seg som oftest om å oppdage en etablert psykose, der oppmerksomheten er på de typiske psykosesymptomene. Møller (2005) sier at dypt forstyrret selvopplevelse (uten psykosesymptomer) er et framtrædende og gjennomgående kjennetegn i prodromalfasen. Det best kjente atferdsavvik relatert til begynnende psykose er sosial tilbaketrekning (Møller & Husby 2003). Sosiale forstyrrelser er en risikofaktor for sen oppdagelse av psykosen. Dette fordi det sosiale nettverket har innrettet seg etter at personen har problemer, og derfor ikke reagerer når overgangen til psykosen kommer, eller at personens nettverk er så lite at sannsynligheten for at noen skal bli bekymret er veldig redusert (Larsen m.fl. 2004).

Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om ungdom med begynnende psykoselidelse viser samme tegn som voksne. Ballageer og kolleger (2005) fant at det er mange likheter i tidlige tegn hos ungdommer og voksne. Ungdomsdebut ble regnet som 15-18 år, og voksendebut 19-30 år. Hovedforskjellen var at pasientene som debuterte som ungdommer, ofte opplevde lengre tid uten adekvat behandling. Ungdommene viste også et høyere nivå av negative symptomer og bisarr atferd. Det kan tyde på at det er en sammenheng mellom forekomst av negative symptomer og at det tar lang tid før behandling igangsettes. Dette fordi de negative symptomene kan dekke over positive symptomer og dermed utsette at psykosen blir oppdaget. En annen mulighet er at de negative symptomene kan forveksles med andre diagnoser som depresjon eller angstlidelser (Ballageer m.fl. 2005). Nedenfor vil jeg oppsummere noen kjennetegn ved prodromale symptomer som blant andre Møller og Husby (2003) vektlegger.

*Økt uro og minsket evne* til å arbeide og å følge undervisningen kan sees som et første uttrykk av prodromalsymptomene. I disse tilfellene var det oftest ikke interessen som sviktet, men en tapt kognitiv evne eller mulighet til å fungere på skolen.



*Nye ideer og sterk tilbaketrekning* er et vanlig prodromalsymptom. Ofte viser personene et *skifte* av interesser, altså et mer nyansert fenomen enn det mer alminnelig antatte *tap* av interesse. Ungdommene viser en konsekvent dreining og tilbaketrekning bort fra praktiske og sosiale interesser over til kontemplative og individuelle interesser.

Fundamentale *forstyrrelser i opplevelsen av selvet* har blitt rapportert fra mange unge med prodromalsymptomer. Uutsigelige, smertefulle forstyrrelser i selvopplevelsen kan medføre at den mentale kapasitet vendes sterkt innad for å lete etter forståelse og mening, også mot nye temaer og ideer som kan motvirke oppløsning av identiteten.

*Persepsjonsforstyrrelser*, som forsterkede opplevelser av farger, lys og lyd forekommer også. I tillegg en generell tendens til å reagere kraftigere på ulike typer stimuli (Cullberg 2001). Ungdommene kan oppleve intense følelser av ensomhet og å være annerledes, i tillegg til en ubestemmelig følelse av et kommende sammenbrudd i forhold til å håndtere virkeligheten.

Økende *depressivitet* er også vanlig hos unge med prodromalsymptomer. Denne depressiviteten er imidlertid mer preget av en opplevelse av meningsløshet og eksistensielt kaos enn av personlige følelser av verdiløshet og den selvforakten som er typisk for andre depresjoner (Cullberg 2001).

## **2.2. En multifaktoriell årsakssammenheng?**

Schizofreni er den vanligste formen for psykose. Den generelle risikoen for å bli rammet av schizofreni angis til 1 %, uavhengig av geografisk tilhørighet. Cullberg (2000) beskriver studier som har påvist 2,4 ganger høyere risiko for sykdommen om man er født i en storby, og noen flere menn enn kvinner rammes. Barn av innvandrere har økt risiko for (Johannessen 2002). I Norge rammes hvert år 15 -20 individer per 100 000 innbyggere av det som før eller senere blir gitt en diagnose i det schizofrene

spekteret. Dette innebærer mellom 600 og 800 nye sykdomsfall i året (Rund 1995). Lidelsen debutterer som regel tidlig. Menns gjennomsnittelige debutalder er 22 år, og for kvinner 24 år (Johannessen 2002).

Det er videre påvist en viss arvelighet for sykdommen. I 10 % av sykdomstilfellene finner man også en forelder og /eller et søsken med psykose eller schizofreni (Cullberg 2003: 276). Cullberg (2003) mener at dette ikke sier så mye om arveligheten av schizofreni, siden tallene like gjerne kan uttrykke miljøpåvirkning. I studier gjort på tvillinger kommer man antakelig nærmere spørsmålet om arv, ettersom de eneggede tvillingene har identisk like arveanlegg og de toeggede like ulike gener som vanlige søsken. I 40 % av tilfellene finner man at en enegget tvilling har psykose eller schizofreni, om den andre tvillingen har det (Cullberg 2003: 276).

Ingen vet med sikkerhet hvordan eller hvorfor schizofreni oppstår hos enkelte personer. Det er mange teorier, men ingen bevis som forklarer hvorfor schizofreni oppstår. Tendensen til at det finnes flere faktorer som opptrer samtidig har derimot fått mer og mer medhold (Hånes m.fl. 1995, Cullberg 2001). Medisinsk forskning tror nå at sykdommen har både arvelige, psykologiske og sosiale årsaker, og at det er en kombinasjon av disse faktorene som gjør at sykdommen utvikler seg. Det er stadig mer enighet om at personer med schizofreni har en spesiell sårbarhet som gjør dem disponert for sykdommen (Hånes m.fl.1995).

### **A. Genetiske sårbarhetsfaktorer**

Familieundersøkelser har vist at nære slektninger av personer med schizofreni har en større risiko for å bli syke enn andre. Betydelige ressurser legges ned for å kartlegge menneskets totale genoppsetning. Mange regner i dag med at en rekke gener, kanskje 15-20 eller flere kan samvirke i flere ulike, komplekse kombinasjoner (Cullberg, 2000).

*Schizotypi* har lenge blitt oppfattet som en risikofaktor for en schizofren utvikling. Dette innebærer en innadvent utvikling av private tanke-systemer og trosforestillinger.

En tendens til magisk tenkning og ”overtro” anses også å være vanlig hos disse personene. Det er på denne måten mulig å finne en kontinuerlig relasjon: schizotype tanker kan føre til schizotyp personlighetsforstyrrelse, som senere kan diagnostiseres som schizofreni. Det som arves er altså ikke diagnosen schizofreni, men en tendens til en viss tenkemåte som kan være en risikofaktor for schizofreni (Cullberg 2001).

*Dopaminhypotesen* har lenge dominert den biologiske schizofreniforskningen (Cullberg 2000). Dopamin er en av de mange signalsubstansene som får nervesignaler videre gjennom nervenes omkoblingsstasjoner (Cullberg 2000). Det hentydes at dopaminet hemmes ved behandling med medikamenter. Man har de siste tiårene hevdet at sårbarheten innebærer at man arver en større tetthet av dopamin- eller tilsvarende reseptorer. Det kan forklare den behandlingsframgang som man ofte har med dopaminhemmende nevroleptika. En person som har høy konsentrasjon av dopaminreseptorer av en viss type i visse områder av hjernen, skulle i denne sammenheng tenkes å ha en høyere sårbarhet for å utvikle psykoser.

## **B. Nevrologiske utviklingsforstyrrelser**

Hos personer med schizofreni er det påvist visse forandringer i hjernens nerveceller, signalstoffer og størrelsen på hjernens naturlige hulrom. En teori om at ”hypofrontalitet” skal være karakteristisk for schizofreni har fått en viss utbredelse. Dette innebærer bortfall av komplekse pannelappfunksjoner som selvkritikk, vilje og etisk evne. Den skulle også kunne innebære at signaler som normalt går fra pannelappen ned til de basale gangliene, der ulike eksekutive funksjoner som følelser og komplekse handlingsmønstre bearbeides, avtar. De basale ganglier fungerer da på en mer primitiv og uhemmet måte (Cullberg 2001).

Komplikasjoner i svangerskapet eller under fødsel har blitt vist som risikofaktorer for utvikling av schizofreni (Warner 2000). På grunn av arv eller uheldige faktorer i fosterlivet eller ved fødsel kan det ha oppstått en sårbarhet (Friis & Larsen 2002). Denne sårbarheten gjør at pasientene mye lettere vil reagere med en psykose når de utsettes for påkjenninger.

### **C. Miljømessige forstyrrelser**

Uheldige oppvekstmiljø øker risikoen for schizofreni hos personer som er arvemessig disponert for lidelsen. For eksempel er det påvist at bruk av narkotiske stoffer som cannabis ofte blir assosiert med dårlig utfall hos personer med psykoseproblematikk (Henquet m.fl. 2005). Dette betyr ikke at foreldre eller omsorgspersoner har ”skyld” i lidelsen, men at dette er kunnskap man må forholde seg til både når det gjelder familiebehandling og individuell støttende psykoterapi (Hånes m.fl.1995). ”Expressed emotion” (EE) har blitt en sentral faktor ved den psykososiale tilnærmingen til schizofreni (Jordahl & Repål 1999). Mange personer har utviklet schizofreni på tross av at de har vokst opp i et harmonisk miljø.

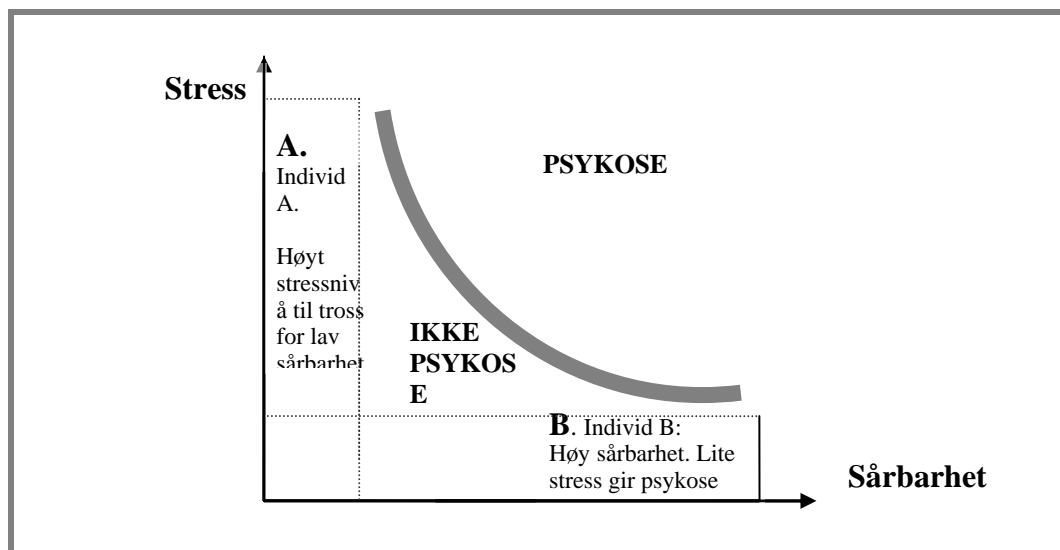
#### **2.2.1. Sammenhenger mellom stress og sårbarhet**

Forståelsen av psykose, og dermed også behandlingen, endres over tid i takt med økt kunnskap. I dag forklares schizofreni ut fra en stress-sårbarhetsmodell (Snoek & Engedal 2004). De fleste forskere, enten de er biologisk eller psykologisk orientert, bekjenner seg til denne modellen (Rund 1991a). En slik forklaringsmodell viser at mennesker har ulik sårbarhet for å utvikle psykosesykdom, altså at det foreligger en medfødt sårbarhet hos de personene som blir syke. Når disse personene utsettes for større påkjenninger enn de kan hankses med, oppstår det realitetsbrist eller andre psykotiske symptomer.

Denne modellen ble formulert på 1970-tallet har gjort et stort skritt i utviklingen av en kombinert behandlingsinnsats både mulig og nødvendig (Cullberg 2001). Ut fra denne modellen er det aktuelle påkjenninger, ofte betegnet som *stress*, som utløser sykdommen. En person med lav sårbarhet krever høy grad av stress for å bli syk, mens den som har høy sårbarhet utvikler sykdommen etter liten grad av stress.

Forhold som er med på å øke forvirring og sårbarhet kaller man i denne sammenheng stressfaktorer (Borchgrevink & Lindvåg 1999:39). Sårbarhet - stressteorien understreker det psykotiske individets sterke følsomhet for stimuli av både emosjonell

og kognitiv art. Vitenskapelig er dette kanskje best forbundet til EE-forskningen, der man har vist at tilbakefallene øker i et miljø med sterke uttrykk for så vel kritikk og sinne som for følelsesmessig overbeskyttelse. Alt taler for at dette i like høy grad gjelder i familie- som for avdelingsmiljøer. Med økt belastning, som innebærer utrygghet, for store krav og følelsesmessige provokasjoner, trekker det sårbare individet seg inn i seg selv og øker sine tendenser til spaltning og psykotisk tenkning (Cullberg 2001).



Figur 1. Sårbarhet – stressmodell. Zubin og Spring 1970. Utviklet av Cullberg 2001:79. Individer med lav sårbarhet (A) tåler høyt stressnivå før lidelsene utløses, mens personer med høy sårbarhet (B) tåler minimalt med stress.

Den medfødte sårbarheten kan man altså ikke gjøre så mye med, men man kan forsøke å redusere stresset som presser ungdommens psykiske forsvarssystem. Det kan være hensiktsmessig å se mer konkret på hva slike stressfaktorer kan innebære.

Borchgrevink og Lindvåg (1999) har studert psykoselidende ungdommer ved statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) og har registrert blant annet disse stressfaktorene:

*Familieforhold* som innebærer omsorgssvikt både på emosjonelt og materielt plan. Høy EE i familien vil oppleves som en stressfaktor for ungdommen.

*Vedvarende uklarheter i livsanskuelse.* Med dette menes filosofiske, religiøse eller private overbevisninger som hyppig utløser konflikter mellom foreldrene, eller mellom familien og samfunnet rundt. Dette kan for eksempel være skolens normer.

*Problemer på skolen.* Ungdommene har ofte brukt mye tid på lekser og skolearbeid, og bare følt seg mer og mer mislykket. Problemene blir ikke tatt på alvor så lenge ikke kravene blir redusert. Ungdommene har ofte levd i et konstant forventningspress med konstant stress fordi de hang etter.

*Vansker med jevnaldrende og/eller mobbing.* Ofte mangler disse elevene bestevenner og strever i forhold til klassekamerater. Mange skiller seg ut og blir mobbeobjekter. Dette kan føre til at de prøver å unngå fellesskapet og isolerer seg.

*Begynnende pubertet/ kjønnsidentifisering.* Begynnende pubertet innebærer ofte utfordringer og stress for alle. Mange ungdommer har allerede en svakt utviklet identitet, er umodne og ute av stand til å mestre nye utfordringer. Samtidig blir det stilt normalforventninger i forhold til aldersnorm og mer kjønnsmoden atferd, noe de ikke er i stand til å møte.

*Traumer i forhold til separasjon.* Det kan innebære tap av venner, en nær voksen, tappt funksjonsnivå eller følgende opplevelse av tappt anerkjennelse i egne eller andres øyne.

*Tidlige symptomer blir oversett.* Det har vært en tendens i det psykiske helsevernet å hevde at ungdomspsykoser er så sjeldne, at man derfor ofte har berolighet foreldrene med at ”det går nok over”. Ved at hjelpeapparatet avskriver problemet, har også stressfaktorene økt, for eksempel på skolen ved at normalforventninger har blitt opprettholdt.

### **2.3. Kan ungdom med schizofreni fungere normalt igjen?**

Kan man bli frisk av schizofreni? Omfattende forskningsressurser er lagt ned for å svare på dette. Personer med schizofreni omtales ofte som kronisk syke. Det er i den forbindelse viktig å merke seg at kronisk ikke er ensbetydende med uhelbredelig eller uten håp. Det ligger til schizofrenien natur at det er en langvarig og omfattende lidelse. Hvor langvarig og hvor kronisk er dermed avhengig av hva slags klassifikasjoner eller definisjoner man bruker (Topor 2001). Topor vektlegger at tilfriskning kan sees på som en prosess. Han sier at ”på samme sätt som Bleuler ansåg sig kunna finna symptom på schizofreni hos ”normala” finns ”normalitet” kvar hos personer med symptom på svåra psykiska störningar. Psykos er sällan ett tillstånd som omfattar hela individens personlighet hela tiden” (Topor 2001:59). Topor viser til forskeren Deegan som mener at tilfriskningsprosessen er en langsiktig dannelsen av et nytt selv bilde. Et jeg som ikke helt og holdent er underkastet sykdommen. For Deegan er det viktig å forstå at personen ikke bare tilfriskner, for eksempel som en bil som blir reparert. Snarere handler det om aktivt å gjenopprette en ny oppfatning av jeg-et. Ikke det jeg-et som fantes før sykdommen eller et passivt aksepterende av sykdommen (Topor 2001:59).

Tilfriskning handler nemlig ikke om å vri klokka tilbake. De fleste som har opplevd tilfriskning etter alvorlige psykiske lidelser forteller heller om tilfriskning som en utviklingsprosess. De psykiske problemene, møte med pårørende, venner, den psykiatriske institusjonen og personalet ved sosialtjenesten har blitt en del av deres liv. De kan ikke viske bort disse og vende tilbake til en tidligere tilstand (Topor 2004). Topor skiller mellom total tilfriskning og sosial tilfriskning. Total tilfriskning betyr imidlertid ikke at alt er akkurat som før man ble syk. Det kan for eksempel være vanskelig og nøyaktig vurdere personens livskvalitet før sykdomsdebut i og med at det er vanskelig å si nøyaktig når den begynte. Et kriterium for å bedømme graden av tilfriskning er personens egen innsikt i sin tidligere problematikk (Topor 2001:53). Med innsikt menes ikke at personen skal forholde seg til problemene sine på samme

måte som behandlingspersonalet, men å innse at det var berettiget å bli lagt inn på lukket psykiatrisk avdeling.

Ikke mange pasienter tilfriskner totalt. De som tilfriskner sosialt er det langt flere av. Med dette menes at personen kan komme tilbake til et sosialt liv utenfor institusjonen, at personen med nødvendig støtte greier seg bra i samfunnet og har en god livskvalitet. Johannessen (2002) sier det foreligger forskning der man kan skissere en oppdeling av forløpet hos personer med schizofreni. Om lag 25 % har kun én sykdomsepisode, mens 25 % får et kronisk, livslangt forløp. De resterende 50 % har et forløp mellom disse to ytterpunktene.

### **2.3.1. Variabler som kan påvirke prognosen**

Det varierer hvor omfattende schizofrenilidelsen blir hos ulike personer. Som tidligere nevnt er schizofreni en alvorlig og kronisk sykdom som helt eller delvis påvirker personens liv og fungering. Nedenfor vil ulike faktorer som har sammenheng med sykdomsutfallet presenteres.

*Alder ved psykosedebut.* Det er enighet om at schizofreni som oppstår i ungdomsalderen ofte har dårligere prognose enn om sykdommen debuterer i voksen alder (Hollis 2000).

*Premorbid fungering.* Risiko for dårlig utfall i ungdomspsykoser er fremfor alt svekket premorbid fungering (Hollis 2000). Dette vil si personer som hele livet har vært preget av økende sosial tilbaketrukkethet og manglende evne til å hevde seg sosialt blant kamerater og i skolehverdagen (Cullberg 2001). Manglende energi, ambivalens og tendenser til viljeløshet blir beskrevet. Det kan tenkes at bak slike tilstander ligger en lang historie med en sosial utdefinering. Mangel på tidlig oppdagelse av tilstanden, kan bidra til at de ikke får den hjelpen de trengte for å motvirke forverring av funksjonshemningen. Med tiden oppstår en mer bisarr atferd, eller manglende hygiene



og funksjonssvikt på flere arenaer. Fleischhaker og kolleger(2005) fant i sin undersøkelse at bare 19 % av utvalget viste ingen svekkelse i premorbid fungering. Det ser også ut som at kvinner har en gjennomgående bedre premorbid fungering enn menn (Torgalsbøen 2000).

*Negative symptomer.* De fleste ungdommene med begynnende psykoselidelse viser i større grad negative symptomer, enn hva tilfellet er for positive symptomer (Fleischhaker m.fl. 2005). Positive symptomer påvirker ikke utfallet i samme grad (Hollis 2000). Fleischhaker og kolleger (2005) fant at det er en stor andel av disse ungdommene som viser alvorlige negative symptomer og at en relativt stor andel viser alvorlige symptomer på depresjon.

*Varighet av ubehandlede psykoser* fordi personen som er i ferd med å utvikle psykose har en stor risiko for alvorlige konsekvenser i henhold til forandringer i mental tilstand og atferd. Eksempler på dette kan være omfattende kognitiv svikt, å droppe ut av skolen, ødelegge og miste nettverk, selvskading og i verste fall selvmord (Garety & Jolley 2000).

*Adekvat behandling.* Innleggelse kan være nødvendig i starten av behandlingen, men i dag er dette forbeholdt pasienter i akutte faser (Warner 2000). Unge mennesker er mer tilpasningsdyktige enn voksne, derfor er sjansene for å påvirke personligheten ved behandling større jo tidligere det gripes inn (St.meld. nr. 25- 1996-97). Utenfor sykehusveggene er det imidlertid flere ulike behandlingsalternativer som kan fungere godt. I følge Cullberg (2001) har psykosebehandlingen to hovedmål. Det første er snarest å erstatte den psykotiske tenkningen med en ikke-psykotisk tenkning. Det andre er å forebygge at personer med kognitive svikt utvikler sekundære kognitive vansker som forverrer tilstandsbildet (Cullberg 2001). Siden schizofreni antas å være en lite enhetlig sykdom, men et vidt spekter av funksjonssvikt med sammensatte årsaksforhold, er det hensiktsmessig at behandlingen inkluderer flere behandlingsformer. Dette kan dreie seg om medisiner, familieterapi, psykoterapi og

sosial mestringstrening. Behandlingen bør tilpasses individuelt og den fasen personen befinner seg i.

*Familiens rolle.* Nedbyggingen av psykiatriske institusjoner og kortere innleggingstid har ført til at personer med psykoselidelse har mer kontakt med familien, også i faser hvor de bare delvis er remitterte. De byrdene dette ofte medførte gjorde at tanker rundt familiens innvirkning på pasientens kliniske tilstand, og omvendt, igjen ble aktuelle. Slike teorier hadde vært oversett og /eller undervurdert i en periode der medikasjon ble sett på som eneste effektive og riktige behandlingsmetode. Ved å involvere familien på en positiv måte kunne man øke sjansen for et mer positivt utfall for pasienten (Goldstein & Miklowitz 1995).

EE-tilnærmingen beskriver som tidligere nevnt hvordan det emosjonelle klimaet i familietransaksjoner kan øke eller redusere risikoen for tilbakefall (Warner 2000). Et høyt stress- og aggresjonsnivå bidrar til å forverre personens tilstand, mens et miljø preget av varme og positive kommentarer reduserer risikoen for tilbakefall.

Psykosensære personer tåler dårligere kritikk og emosjonell overinvolvering. Det er derfor viktig at hjemmet, skolen og avdelinger som tar imot psykotiske pasienter er tilrettelagt med et lavt nivå av kritikk, emosjonell overinvolvering og aggresjon (Snoek & Engedal 2004). I en akutt fase kan pasienten være ute av stand til å nyttiggjøre seg av samtalebehandling. I stedet for å presse dette på, som kan oppleves som stress, kan støttesamtaler være viktig fordi mange pasienter sliter med dårlig selvbilde og lite fremtidshåp når de får en diagnose som ofte innebærer et lavere funksjonsnivå enn før.

*Antipsykotiske medikamenter* er ikke helbredende i den forstand at de fjerner årsaken til psykosen, men de kan fjerne eller dempe symptomene. Antipsykotika er først og fremst egnet til å dempe de positive psykotiske symptomer. Tradisjonelt har medisinerer hatt liten eller ingen effekt på negative symptomer. Det antydes derimot at nyere medikamenter kan redusere negative symptomer og sekundæreffekter ved kognitive funksjonssvikt (Findling m.fl. 2001)

Friis og Larsen (2002) mener at medikamenter kanskje kan bedre evnen til (re)læring, men de kan ikke eliminere behovet for en omfattende opptrening av praktiske og sosiale ferdigheter. De fleste pasienter med schizofreni trenger hjelp til å erkjenne, holde ut og få perspektiv på aktuelle følelser og livshendelser (Friis & Larsen 2002). Antipsykotisk medikasjon utgjør likevel en sentral del av den flerdimensjonale og komplekse behandlingen en ungdom med psykoseproblematikk behøver. Skole og andre aktiviteter som for eksempel sosial støtte til å mestre sosiale ferdigheter, hjelper personer å gjenhente seg fra schizofreni og er grunnlaget for personens følelse av identitet og verdi (Warner 2000).

### **2.3.2. Tilbakefall**

Schizofreni er en forstyrrelse med høy risiko for tilbakefall (Rund 1991b). Samspillet mellom personen og hans/hennes miljø er sentralt for å gi stabilitet til forbedringene og å stimulere en god prognose. Om lag 80 % av de som ikke tar medisiner får tilbakefall i løpet av det første året etter de er utskrevet fra sykehus. Av de som tar medisiner får om lag 40 % tilbakefall i løpet av tilsvarende periode (Rund 1991b).

Man kan tenke seg ulike grunner til den store hyppigheten ved tilbakefall. En mulighet er at hyppige tilbakefall er den del av sykdomsprosessen (Rund 1991b). En annen grunn kan være at personer med schizofreni lever med en medfødt sårbarhet for nye psykotiske gjennombrudd (Zubin & Spring 1977). En tredje grunn kan være at det hjelpeapparatet ikke ivaretar personens behov for hjelp. Det kan skorte på kunnskap om psykose, på økonomi, boligtilbud, ettervernsgrupper, et sosialt nettverk og liknende (Rund 1991b). En fjerde grunn kan være at personen selv ikke følger opp de behandlingstiltak som er satt i gang. En femte grunn kan være at personen etter sykehusinnleggelsen går tilbake til en familie med et klima preget av høy EE.

Hvordan kan så denne utfordringen håndteres? Svaret er kort og godt at man må si i fra. Hvilke instanser det er naturlig å melde fra til, kan variere fra sted til sted. Foruten

foreldrene, er barnevernet, pedagogisk- psykologisk tjeneste, BUP, skolehelsetjenesten eller fastleggen eksempler på slike innstanser.

## DEL 2. ELEVENES MESTRING – PEDAGOGENS UTFORDRING

### 3. MESTRING – VILKÅR FOR LÆRING OG TRIVSEL?

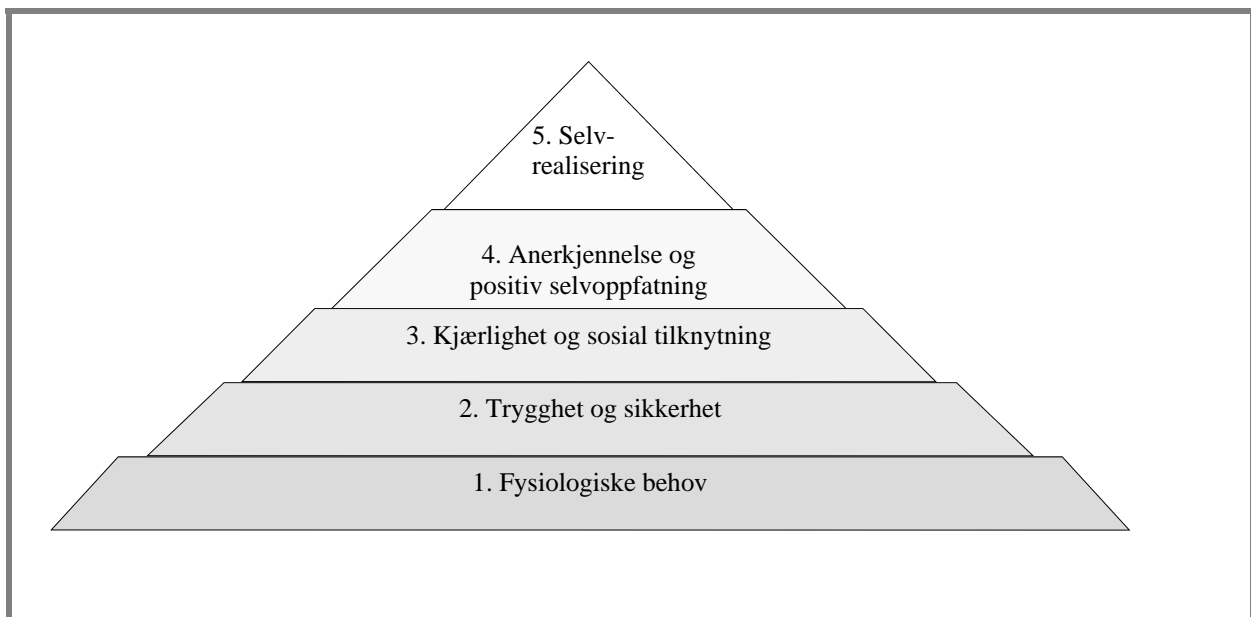
”Mestring betyr det å få til, det å lykkes; brukes i pedagogikk og psykologi ofte i samme betydning som livskompetanse om folks evne og ferdighet til å klare sitt eget liv. Mestring innebærer det å beherske samfunnets utviklingsoppgaver, dvs. det å ha de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kreves på de ulike utviklings- og modenhetstrinn i livet. [...] På mange måter er mestring sosialiseringens mål.”

(Bø & Helle 2002:159)

#### **3.1. Menneskets behov for mestring**

Mestring handler om å ha følelse av å lykkes og å ha livskompetanse. Dette kan være faktorer som er nødvendig for at et menneske skal oppleve seg rimelig vel og fungere som et autonomt og tilfreds menneske. Sagt på en annen måte kan mennesket ha *behov* for å mestre.

Maslow (1970) er kanskje den behovsteoretikeren som har fått sterkest fotfeste blant pedagoger. Han beskriver fem behov han mener er grunnleggende. Det er et sentralt poeng at disse sees i sammenheng med hverandre. I følge Maslow er menneske et søkende vesen. Hva det søker etter, vil blant annet være avhengig av hvordan andre behov er tilfredsstilt.



Figur 2. Maslows behovshierarki. Basert på A. H. Maslow: Motivation and personality. 2. utg. 1970:39-46.

Maslows (1970:39-46) behov kan deles inn i to hovedkategorier. Den ene kategorien består av mangelbehov som reflekterer grunnleggende og livsnødvendige betingelser for mennesket, og finnes nederst i hierarkiet. Den andre kategorien kalles vekstbehov og er mer sosialt og humanistisk orientert. Dette er behov som finnes høyere oppe i hierarkiet, og som går ut over det å overleve i ytterste forstand.

*De fysiologiske behovene* er nødvendig for opprettholdelse av livet. Sult og tørst må bli tilfredsstilt før det kan oppstå motivasjon til å gjøre noe annet. Når de fysiologiske behovene er tilfredsstilt, melder det seg en ny gruppe behov som ordnes under *behov for trygghet og sikkerhet*. Dette dreier seg om behov for sikkerhet, stabilitet, beskyttelse, avhengighet, behov for å være fri fra frykt, angst og kaos. Siden dette behovet er så grunnleggende, kan en engstelig elev anstrenge seg mye for å redusere angsten. I følge Maslow (1970) vil det å bli kvitt angst være mer fundamentalt enn å vinne sosial erkjennelse eller å ha sosial kontakt. Den tredje behovskategorien er *behov for kjærlighet og sosial tilknytning*. Maslow gir ingen annen begrunnelse for dette enn at mennesket er et sosialt vesen.

*Behovet for anerkjennelse og respekt* er det fjerde behovet. Mennesket trenger å ha en oppfatning om seg selv som noe positivt. Han eller hun trenger også å kunne utrette noe, mestre noe og at en som følge av dette blir verdsatt av andre. Maslow sier at dette behovet har to viktige sider (s. 45). Før det første er det et ønske om å duge til noe, ha realkompetanse og føle at en virkelig kan mestre en oppgave på selvstendig basis. På denne måten vil selvvurderingen kunne bli basert på fortjent respekt fra andre, og ikke bare på skryt eller smiger. Det handler om mestring i seg selv og en følelse av styrke, frihet og tillit til egne krefter. Dette behovet inneholder også et ønske om å være noe i andres øyne, for eksempel være en god sønn/datter, elev eller pasient. Behovet for berømmelse, viktighet og aktelse fra andre. Dette er den sosiale siden ved selvoppfattelsen.

Det siste er *behovet for selvrealisering*. Dette kan kalles et overflodsbehov.

Selvrealisering har i høy grad sammenheng med arbeidet. Et yrke hvor en kan yte det ytterste av sine evner, og hvor det gis rom for kreativitet og selvstendighet (Imsen 2000).

I følge Maslow har mennesket et iboende behov for mestring, men samtidig sier han at mennesket må få tilfredsstilt de mer grunnleggende behov før mestringsbehovet inntreffer. Disse behovene sees i sammenheng med hverandre, og det er nærliggende å tro at mestring har en klar sammenheng med sosial tilknytning. For å skape et nettverk og kunne omgås med jevnaldrene er mestring av sosiale situasjoner en grunnleggende faktor. Det kan derfor være naturlig å konkludere med at i følge Maslow (1970) har mennesket et naturlig mestringsbehov, og mestring er sentralt for utvikling og vekst. Mestring forutsetter imidlertid at eleven føler seg noenlunde trygg i situasjonen og at han føler en viss sosial tilknytning.

### **3.1.1. Ikke-mestring – selvoppfattelse og identitet på gyngende grunn**

Maslow (1970) antyder at det er sammenheng mellom mestring og selvoppfattelse. Flere mestringserfaringer over tid kan føre til at eleven får en bedre selvopplevelse. Pedagogers bidrag blir derfor viktig fordi de kan tilrettelegge for bedring av elevens selvoppfattelse gjennom mestringserfaringer.

Psykoanalytikeren Erikson (1985) utformet tesen om menneskes åtte aldre, der hver alder har et karakteristisk personlighetstrekk som trer i forgrunnen. For hver alder peker han på spesifikke positive og negative utfall. I pubertetsalder vektlegges utviklingen av en trygg identitet der personlighetsaspektet trer fram som det viktigste. Det negative utfallet er identitetsforvirring, ingen fastsatte standarder og følelse av kunstighet. Identitet er et vesentlig begrep når vi skal forstå ungdommens situasjon, og spesielt i forbindelse med utviklingen av psykisk helse eller psykiske vansker i ungdomsalder (Berg 2005). Ungdommens identitet bygges i stor grad opp i samhandling med jevnaldrende, hvor man utveksler erfaringer fra fortid, samhandler i nåtid og deler tanker om fremtid (Øie 2006:146). Når opplevelser innordnes dårlig i forhold til tid, slik det er tilfelle hos mange ungdommer med schizofreni, kan en følge av dette være at en helhetlig opplevelse av egen identitet blir svekket.

Berg (2005) peker på at selvoppfatning og identitet er kjernefaktorer for utvikling av en god psykisk helse blant ungdommer. Hun sier at våre medfødte egenskaper gir det enkelte individ særpreg som temperament, intelligens, måter å tenke og handle på. Medfødte egenskaper samspiller med faktorer i oppvekstmiljøet. Kvaliteten på samspillet får avgjørende betydning for menneskers selvoppfatning og identitet. Selvoppfatning står for menneskets oppfatning av seg selv og sin egen kompetanse, i tillegg til den oppfatning man tror andre har. Identitet er en følelse av noe konstant og uforanderlig i ens indre. Mennesket opplever seg selv som et integrert hele som er atskilt fra andre med tydelige grenser (Berg 2005).

I forhold til elevers selvoppfatning spiller skolen en sentral rolle (Imsen 2000). Vurdering er uunngåelig på skolen. Det blir dermed vanskelig å definere skolefagene

vekk fra selvoppfattelsen så lenge eleven er på skolen. Skolefaglige prestasjoner belønnes med gode karakterer, men for de som ikke mestrer er taperstempelet en alvorlig pris og betale ved det formelle vurderingssystemet. Man kan anta at det finnes en klar sammenheng mellom selvoppfatning i forhold til et fag og karakterene i faget (Imsen 2000). En mulig grunn til en slik sammenheng er at elevene mestrer skolens utfordringer, og dette skaper en positiv selvoppfatning hos eleven. Dette kan i neste omgang bidra til mestring på et enda høyere nivå. Det kan se ut som at selvoppfatning utvikles etter det moralske tvilsomme prinsippet om at den som har mye fra før, får stadig mer. På samme måte vil den som har lite fra før, få stadig mindre. Dessverre er det som regel slik at elever med schizofreni tilhører den siste kategorien.

Begrepene selvoppfatning og identitet har en nær tilknytning til *selvet*, som er vår indre bærebjelke, den som holder oss oppe (Berg 2005). Selvet bevarer oss som et integrert hele og samordner opplevelser og regulerer atferd i forhold til sosiale omgivelser. Møller (2005) peker på relevansen av at den subjektive dimensjonen integreres ved behandling av personer med schizofreni. Han sier at ”mennesker med schizofreni forteller om en dyp, men også høyst særegen ensomhet i sosiale relasjoner, og i verden. Denne ensomheten har en subjektiv egenart det er viktig å ha kunnskap om i hjelpeapparatet” (Møller 2005:1022). Som behandlere, sier Møller, og også som medmennesker, er det viktig å kunne møte disse menneskene på det subjektive plan. Bare på den måte kan vi forstå mer av hva som egentlig skjer i deres indre landskap. Det er ved å forstå mer av ungdommens tenkning, hva som er vanskelig og hva som hjelper, at vi kan bruke vår fagkunnskap i møte med den unge.

Møller og Husby (2003) viser at de subjektive opplevelsene i prodromalfasen er lite undersøkt. De fant at det er påfallende store vansker med å forstå og uttrykke verbalt de prodromale opplevelsensendringene. Møller og Husby har imidlertid undersøkt ulike opplevelsedimensjoner hos unge mennesker som har opplevd psykosedebut. De fant påfallende likheter på tvers av de svært ulike personlige historiene. Spesielt ble fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen rapportert.



Innenfor denne dimensjonen samlet Møller og Husby en rekke gjennomgripende, varige og fundamentale opplevelser som økte gradvis fram til psykosedebut. Essensen i disse opplevelsene var ”en smertefull fordreining i opplevelsen av seg selv som menneske, i dypeste eksistensielle forstand. Uttrykk som ”helt uvirkelig... rar og fremmed... totalt forandret... fullstendig galt...” ble ofte brukt, og alltid i en kontekst av mental smerte, lidelse og frykt.” (Møller & Husby 2003:2427). Det kan se ut som om slike opplevelser berører alle bevissthetsselementene som følelser, tanker, persepsjoner, kroppsbevissthet, og i stor grad eksistensielle og åndelige aspekter. Med andre ord hele fundamentet i opplevelsen av menneskelig eksistens. Mange personer med schizofreni er ikke lengre sikre på om de finnes.

I tråd med Eriksons tese om menneskes åtte aldre kan vi her ane en sammenheng mellom Møller og Husbys dimensjon. Forstyrrelse i selvopplevelsen, som Møller og Husby peker på, inneholder flere likhetstrekk med det negative utfallet av den alderen Erikson (1985) kaller pubertetsalder, som innebærer identitetsforvirring, ingen fastsatte standarder og følelse av kunstighet. Et forstyrret selvilde, identitetsforvirring og sosial isolasjon kan tenkes å være sentrale faktorer som berører ungdommens livskvalitet.

### **3.1.2. Livskvalitet hos ungdommer med schizofreni**

Trygg identitet og positiv selvoppfatning er sentrale faktorer for god psykisk helseutvikling, og for å mestre ungdomstida og livet generelt. Hvordan ungdommene anser sin egen livskvalitet kan være en viktig faktor for læring og sosial tilpasning.

Livskvalitet kan være et diffust begrep som er vanskelig å måle. Jeg velger en bred begrepsmessig tilnærming som både inkluderer tilfredshet, fungering og sosiale og materielle betingelser som økonomi, utdanning og så videre. Malla og kolleger (2004) undersøkte livskvalitet hos personer med schizofreni, der de skåret personens livskvalitet uavhengig av symptomer. Hvordan ungdommer med schizofreni vurderer

sin egen livskvalitet har naturlig nok en stor variasjon. De fant en sammenheng mellom grad av livskvalitet, alder ved debut og premorbid sosial tilpasning. Personer som debuterer med schizofreni i ungdomsårene har ofte en svakere premorbid tilpasningsevne i barndom og ungdomstid. Dette påvirker både sosiabilitet og tilpasning til skolen (Cannon m.fl. 1997).

Et hyppig forekommende resultat var en bedre tilpasningsevne i dagligdagse aktiviteter (activities for daily living), hvis personen hadde en historie om høyere nivå av sosial fungering gjennom barndom og tidlig ungdomstid. Forsinket og/eller ufullstendig behandling medvirket mest signifikant til svakere sosiale relasjoner. Dette kan bety at det er en tendens til at personer som har en sykdomsdebut allerede i ungdomsårene viser lav livskvalitet (Malla m.fl.2004). Disse funnene underbygger viktigheten av å oppdage disse ungdommene på et tidlig tidspunkt, slik at deres livskvalitet kan bli best mulig.

### ***3.2. Pedagogisk-psykologiske prinsipper om mestring og motivasjon***

Å oppleve at en mestrer utfordringene livet gir og å ha den følelse av kontroll over seg selv er kanskje den enkeltfaktoren som har mest betydning for menneskets velvære og psykiske helse (Berg 2005). Sommerschild (2003:52) sier at teoretikeren Antonovsky mente at det avgjørende for hvordan vi greier oss er opplevelse av sammenheng. For å oppnå denne forståelsen av sammenheng i tilværelsen er det fremfor alt tre faktorer som spiller inn; kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne fram til løsninger og å finne en god mening i å forsøke på det. Et menneske som får psykose vil ha vanskelig for å oppleve sammenheng i livet (Rund & Fjell 2003). Når ungdommen erfarer at andres opplevelser av verden ikke er i samsvar med slik en selv ser den, vil han/hun oppleve liten grad av sammenheng med andre.

Mestring kan sees som et bredt begrep innenfor alle livsarenaer. Å mestre livet og å ha livskompetanse er noe annet enn å mestre oppgavene på skolen. Likevel kan man tenke seg at å mestre skolens krav er en stor del av livet for mange ungdommer. Her vil det bli vektlagt mestringsopplevelser i et skoleperspektiv. I den sammenheng kan det tenkes at mestring og motivasjon henger nøye sammen. Spreemann (2002) sier at motivasjonsforskningen konkluderer man med at elevene må få mestringsopplevelser for å kunne bli motiverte for oppgavene. Kanskje kan man snu på det å si at mestringsopplevelser krever en viss grad av motivasjon. Motivasjon kan sies å være den aktive drivkraften bak menneskers aktivitet. Har man ingen slik drivkraft, vil også mestringen være minimal. Mestring og motivasjon blir slik jeg ser det et slags høna-og-egget prinsipp. Hva som forutsetter hva er det vanskelig å svare på, men det er åpenbart at begge faktorene bør være til stede for læring og utvikling. Nedenfor vil tre tilnærminger til mestring og motivasjon kort redegjøres for. Dette er Atkinsons teori om prestasjonsmotivasjon, Weiners attribusjonsteori og Banduras prinsipp om self-efficacy. Teoriene er omfattende med mange faktorer. Her vil bare hovedtrekkene skisseres for å få en forståelse av bakenforliggende faktorer for grad av motivasjon og betydningen av å mestre for elever.

### **3.2.1. Ønske om å lykkes versus redselen for å mislykkes**

Prestasjonsmotivasjon er betegnelse på trangen vi har til å utføre noe som er bra i forhold til en eller annen kvalitetsstandard (Atkinson 1964). Begrepet prestasjonsmotivasjon, slik Atkinson bruker begrepet, er relevant bare i situasjoner hvor personen ser seg selv som ansvarlig for sluttresultatet. Det foreligger to grunnleggende tendenser i prestasjonsmotivasjonen. For det første er det lysten til å gå i gang med oppgaven. I tillegg vil en annen tendens framtre, nemlig angsten for å mislykkes. I situasjoner som innebærer prestasjoner vil man derfor alltid oppleve ambivalens av en viss grad. Ønsket om å lykkes vil trekke i retning av å ta fatt på oppgaven, mens angsten holder personen tilbake og kan trekke vekk fra oppgaven (Atkinson 1964). Disse to tendensene virker alltid sammen som konkurrerende

handlingsimpulser. Hvis angstimpulsen blir større enn impulsen til å lykkes, vil personen vegre seg for å ta fatt på oppgaven. Hvis impulsen for å lykkes er sterkest, vil individet gå i gang med oppgaven, men samtidig være hemmet på grunn av angsten.

Hvordan får man lyst til å mestre? Atkinson mener tre forhold belyser dette. For det første er det et *grunnleggende mestringsmotiv*. Motivet er en latent egenskap, og aktiveres først når personen kommer i en situasjon som innebærer prestasjon. Styrken eller graden av mestringsmotivet varierer, og vil også avhenge av hva slags situasjon personen befinner seg i.

Det andre forholdet berører *personens subjektive vurdering av muligheten for å lykkes*. Når personen kommer inn i en mestrings situasjon vil hun eller han umiddelbart vurdere om det er mulig å få til oppgaven og hvor mye utfordring den innebærer. En person med et sterkt mestringsmotiv vil ofte ikke bli særlig motivert av en prestasjonssituasjon som innebærer rene rutineaktiviteter (Atkinson 1964). Det som oppfattes som lette oppgaver, altså at sjansen for å lykkes er høy, vil ikke vekke prestasjonsmotivet til live i stor grad. Oppgaver som er altfor vanskelig vil heller ikke vekke prestasjonsmotivet dersom personen vurderer muligheten for å lykkes som veldig lav. Skal et sterkt mestringsmotiv slå ut i sterk motivasjon, må de oppgavene vedkommende står ovenfor verken være for lette eller for vanskelige. Passe vanskelige oppgavesituasjoner hvor personen ser mulighet for å lykkes og en viss usikkerhet, er mest gunstig for å utløse den motivasjon som ligger latent i mestringsmotivet. Den tredje og siste faktoren er *personens subjektive vurdering av verdien ved det å lykkes*. Dette innebærer om personen knytter noen verdi ved målet. Finnes det ingen verdi, vil heller ikke motivasjonen for oppgaven bli vekket.

Parallelt med den positive tendensen til motivasjon for å lykkes, løper tendensen til å unngå å mislykkes. Motivet innebærer egentlig en grunnleggende angst for å mislykkes. Også dette er et personlighetstrekk som varierer fra person til person. Det blir maksimalt aktivisert innenfor middels vanskelige oppgaver. Lette oppgaver kan den angstdominerte personen med stor sikkerhet vurdere om han eller hun kan klare,

og vanskelige oppgaver vet eleven at det ikke ventes at han skal mestre likevel. De middels vanskelige oppgavene, derimot, vet eleven at han burde få til. Ikke å klare middels vanskelige oppgaver er ydmykende og skamfullt.

Sett i forhold til dikotomien ønske om å lykkes og angsten for å mislykkes, vil en mestringsdominert elev inneha sterkere motivasjon for oppgaver, og aller sterkest på oppgavesituasjoner som karakteriseres som middels vanskelige. De angstdominerte elevene vil med andre ord være mest hemmet av sin angst når de konfronteres med oppgaver som skulle innebære middels eller passende vanskelighetsgrad.

Angstdominerte elever vil være opptatt av å finne måter å unngå nederlagsopplevelser på. Dette må en ta hensyn til i planlegging og gjennomføring av opplæring.

Emosjonelle forhold kan spille inn i læringssituasjonen like mye som evnemessige forhold (Imsen 2000:253). Elevens mulighet og interesse for å mestre har en nær sammenheng med angsten for mislykkes.

### **3.2.2. Elevens årsaksplassering av suksess og nederlag**

Ofte knytter elever egen suksess eller nederlag til ulike årsaker, som for eksempel anlegg, innsats, flaks eller vanskelighetsgrad. Attribueringsteori, som er utarbeidet av Bernhard Weiner, forklarer hvordan personer opplever årsakene til egen eller andres atferd. Disse årsakene er sentrale fordi de påvirker forventningene og motivasjonen, og da også den faktiske atferden. (Pintrich & Schunk 2002). Det finnes tre motivasjonsdimensjoner innenfor en persons attribuering; lokalisering, stabilitet og kontrollerbarhet.

Den første er *lokaliseringsdimensjonen*, som innebærer hvor elever plasserer ansvaret eller årsaken til prestasjonen. Når personen ser seg selv som ansvarlig eller årsak, er dette en indre fortolkning. Indre årsaker kan være evner, innsats og dagsform. Dersom ansvaret eller årsaken legges til andre personer eller noe i miljøet, kalles det ytre fortolkning. Ytre årsaker kan være oppgavens vanskelighetsgrad, flaks/uflaks og

kvaliteten på undervisningen. *Stabilitetsdimensjonen* indikerer om årsakene er stabile eller varierende over tid. Innenfor både ytre og indre årsaker finner vi årsaker som både er stabile eller ustabile over tid. Stabile årsaker referer til evner, anlegg og oppgavens vanskelighetsgrad, mens innsats og flaks/uflaks regnes for ustabile årsaker. *Kontrollerbarhetsdimensjonen* som forteller om personens grad av kontroll over årsaken. Det finnes årsaker som ligger både i og utenfor personens kontrollerbarhet i alle de overnevnte årsaksdimensjonene. For eksempel innenfor indre, ustabile årsaker finner vi at kunnskaper og innsats ved en eksamen ligger innenfor personens kontrollerbarhet, mens dagsform og humør er ukontrollerbart. De oppfattede årsakene påvirkes både av faktorer i miljøet og faktorer hos personen.

Stabilitet	Lokalisering			
	Indre		Ytre	
	Kontrollerbar	Ukontrollerbar	Kontrollerbar	Ukontrollerbar
Stabil	Jevn flid	Evner Skikkelighet	Læreren Undervisningen	Vanskelighetsgrad I oppgavene
Ustabil	Skipptak	Dagsform Humør	Hjelp fra andre	Flaks/ uflaks

Figur 3. Mulige måter å tolke årsaker til suksess og nederlag på, klassifisert etter lokalisering, stabilitet og kontrollerbarhet. Figuren er hentet fra Pintrich & Schunk 2002:117, etter en figur av Werner 1986. Min oversettelse.

Innsikt i hvordan elever attribuerer sine suksesser og nederlag er av stor viktighet i en skolesammenheng, for eksempel hvordan lærere planlegger og gjennomfører opplæring og hvordan de vurderer elevene og hvordan elevene vurderer seg selv. Elever som har problemer med skoleoppgaver kan legge skylden på egne evner i faget i stedet for på innsatsen. En slik attribuering kan være uheldig for elevens motivasjon og ha innvirkninger på elevens forventning om mestring. Nedenfor vil forventning om mestring bli diskutert, og det kan være riktig å antyde at attribusjon og forventning om mestring belyser noen av de samme områdene i forhold til mestring og motivasjon.

### 3.2.3. Elevens forventning om egen mestring

I Atkinsons teori og prestasjonsmotivasjon er forventning om å lykkes med oppgaven en sentral forutsetning for motivasjonen. Vi setter sjelden i gang med en oppgave vi på forhånd vet det er liten sjanse for å kunne klare. Albert Bandura, kanskje mest kjent for sin teori om sosial læring, har videreutviklet teorien om personers forventninger om mestring basert på prinsipper innenfor sosial læringsteori (Bandura 1977). I likhet med mange før han, vektlegger han at personens forventning om mestring er en utslagsgivende faktor for motivasjonen. Bandura benytter begrepet “self-efficacy” som kan oversettes som “mestringsforventning”. I følge Pintrich og Schunk (2002:161), sier Bandura at self-efficacy innebærer “People’s judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances”. Det er imidlertid et sentralt poeng for Bandura at mestringsforventning ikke har noen direkte tilknytning til personens selvoppfattelse. Han mener at mennesket kan bedømme seg selv som fullstendig ineffektiv i en gitt aktivitet, uten at dette får konsekvenser for dets selvilde. Dette fordi mennesket ikke legger til grunn sin selvverdi i aktiviteten (Bandura 1997).

Mestringsforventning er altså en personlig vurdering eller forventning av muligheten for mestring. Denne forventningen virker videre inn på valg av aktiviteter, grad av innsats og grad av utholdenhet ved gjennomføringen av en aktuell oppgave.

Mestringsforventning er relatert blant annet til elevens utvelgelse av oppgaver. Når elevens mestringsforventning er høy, er muligheten stor for at han eller hun vil gå i gang med oppgaver som utvikler vedkommendes ferdigheter og evner. Denne elevgruppen viser også ofte lang utholdenhet og stor innsats i problemløsningen. En elev med lav mestringsforventningen velger oftere oppgaver som er lite utfordrende og ferdighetsutviklende, og viser liten utholdenhet.

Bandura skiller mellom to typer forventninger (Bandura 1997). Den første typen innebærer forventninger om å mestre handlingene som er nødvendige for å nå målet (efficacy expectations). Den andre typen er forventninger om resultat som følge av handlingen (outcome expectations). Denne typen forventning kan bygge på samme

idégrunnlag som lokalisering i attribusjonsteorien. Imsen (2000) mener at i noen sammenhenger kan det være nyttig å skille mellom disse to typene. For eksempel når vi skal forklare utdannings- og yrkesvalg. Eleven må først ha tro på at hun vil klare utdanningen til yrket, dernest må hun ha tro på at utdanningen vil føre til den jobben som hun ønsker. Bandura kombinerer disse forventningstypene og finner at høye forventninger om å mestre handlingene kombinert med høy forventning om resultater naturlig nok er det mest fruktbare utfallet og gir størst muligheter til utvikling. En høy mestringsforventning i responderende omgivelser kan resultere i at eleven utvikler ambisjoner, et produktivt engasjement i aktiviteter og en tilfreds følelse av å ha innfridd forventningene (Bandura 1997).

### **3.3. Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg pekt på at mestring er å lykkes med noe og å ha livskompetanse. I følge Maslow er mestring et iboende behov hos mennesker. Han bemerker at fysiologiske behov, behov for trygghet og sikkerhet og behov for kjærlighet og sosial tilknytning er behov som er mer primære enn mestring. Imidlertid skal ikke disse behovene sees isolert, men i sammenheng med hverandre. Mestring og selvbilde er ofte faktorer som henger sammen eller påvirker hverandre. Ungdom med psykoser har ofte et negativt selvbilde og usikker identitet, og man kan antyde at dette kan bedres gjennom mestring. Ulike prinsipper er prestasjonsmotivasjon, attribuering og mestringsforventning. I de to neste kapitlene vil jeg diskutere kognitiv fungering og sosial fungering som er to avgjørende forutsetninger for læring og trivsel. Dette mener jeg er hensiktsmessig før jeg i kapittel 6 tar opp igjen tråden med hvordan pedagoger kan tilrettelegge for mestring.



## 4. KOGNITIV FUNGERING – ET VILKÅR FOR LÆRING

### 4.1. Teorier om kognisjon

Hos mange personer med schizofreni kan de positive symptomene i stor grad dempes eller fjernes med antipsykotiske midler. Likevel er det få som klarer å fungere i arbeid eller i mer krevende sosiale situasjoner, men hvorfor er det slik? Mye tyder på at det vanligste svaret er at det skyldes kognitiv svikt, som er et svært vanlig kjennetegn ved schizofreni (Rund 2000).

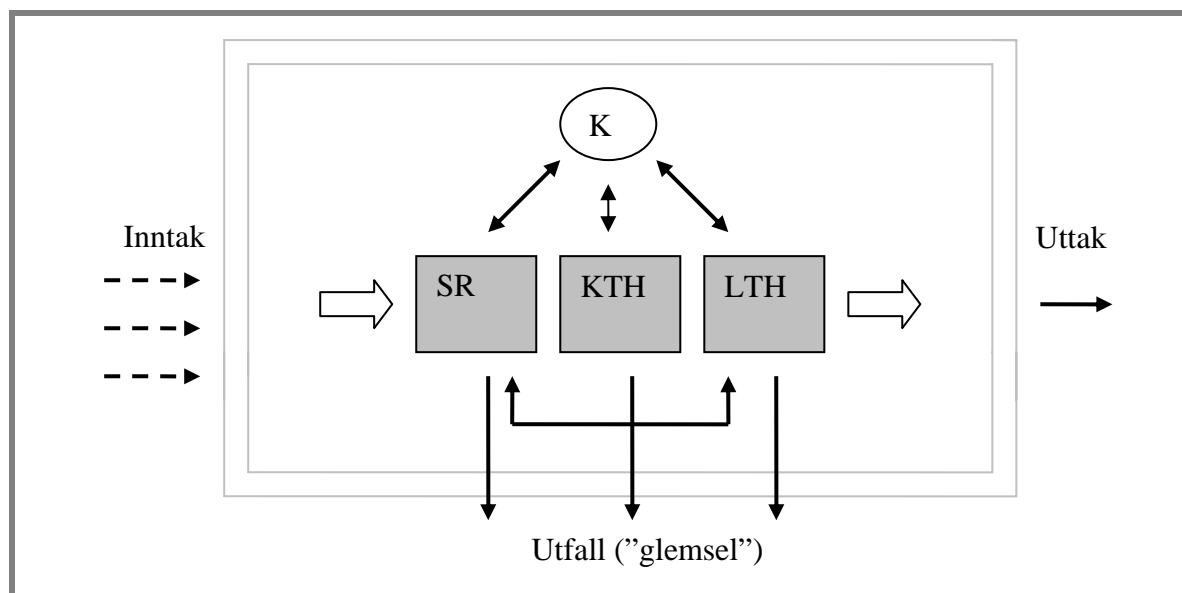
Kognitiv fungering er en forutsetning for å klare å holde oppmerksomheten, å huske hva man har lært og lest, greie å planlegge oppgaver og å mestre skolearbeidet. I tillegg må man kunne fungere kognitivt for å omgås med jevnaldrende på en aldersadekvat måte, og å klare seg i samfunnet forøvrig. I dette kapittelet vil jeg klargjøre innenfor hvilke kognitive områder elever med schizofreni har spesielle vansker.

#### 4.1.1. Hukommelse

Å huske noe er sluttproduktet av en serie kognitive operasjoner som innbefatter innlæring, lagring og gjenkalling. Hukommelse reflekterer anvendt kognisjon, dette fordi hukommelsesfunksjoner reflekterer alle aspekter av læring. (Swanson m.fl.1998:107).

Et første grunnleggende skille går mellom *implisitt* og *eksplisitt* hukommelse. Egeland og Landrø (2006:121) sier at implisitt hukommelse referer til ”ulike erfaringsbaserte hukommelsesformer som har det til felles at de ikke forutsetter bevissthet ved læringen.” Implisitt hukommelse er blant annet ferdighetslæring, for eksempel ved at atferdsendring avslører at læring har skjedd uten at personen selv behøver å vite det, som når en desorientert elev etter hvert orienterer seg bedre i skolebygningene, men

selv ikke er bevisst denne atferdsendringen. Eksplisitt hukommelse innebærer at man er bevisst at man husker den rapporterte informasjonen, som at Norges hovedstad er Oslo. Her skiller man ofte mellom korttids- og langtidshukommelse (Egeland & Landrø 2006).



Figur 4: System for prosessering av informasjon. (Figuren er utarbeidet fra Helstrup & Kaufmann 2000:46). SR = Sensorisk register, KTH = Korttidshukommelse, LTH = langtidshukommelse, K = Kontrollenhet.

Man snakker i dag om hukommelse som blant annet *informasjonsprosessering* (Helstrup & Kaufmann 2000). Begrepet brukes innenfor mange områder, men antakelig har det sitt opphav i datateknologien. Vi kan dele inn informasjonsprosessering i tre faser: inntak, prosessering og uttak av informasjon.

Den mengden av informasjon systemet kan motta, plasseres først i et *sensorisk register* (SR). Dette registeret har stor kapasitet når det gjelder å ta imot informasjon, men det kan bare holde på informasjonen i meget kort tid. Informasjon som kommer inn i systemet utenfra (inntak), er symbolisert med de venstre horisontale pilene på figur 4. Jeg vil konkretisere dette med et eksempel: Anne er skoleelev og står i skolegården. Ute på veien kjører det biler og noen sykler. En dame med hund går også forbi. Inne i skolegården er det noen som sparker fotball, andre står og prater i et hjørne, ytterligere

andre holder på med iherdig lekselesing fram til prøva i fjerde time, mens en medelev kommer bort til Anne og snakker til henne.

SR fungerer som et slags seleksjonsfilter på den måten at Annes SR "sletter" alle uvesentlige inntak (den vertikale pilen) som bilene, dama med hunden og de andre elevene i skolegården. Siden mesteparten av informasjonen i SR raskt forlater denne delen av systemet, vil bare en viss mengde utvalgt informasjon nå fram til korttidshukommelsen (Helstrup & Kaufmann 2000), som i dette tilfelle at medeleven kommer bort og hva hun sier.

*Korttidshukommelsen* (KTH) er systemets "arbeidsplass". KTH har en sterk begrenset kapasitet, vi kan bare arbeide med om lag sju informasjonsenheter samtidig (Helstrup & Kaufmann 2000). KTH har to forskjellige funksjoner. Den første er at gjennom stadige gjentakelser kan den holde informasjon inntil reaksjon er gitt, og deretter la denne informasjonen gå ut av systemet. La oss si at medeleven sier et telefonnummer til svømmeklubben Anne har lyst å begynne i. Hun har ikke papir og penn for hånden, så hun repeterer nummeret til hun får skrevet det ned. KTH kan andre ganger overføre informasjonen til langtidshukommelsen (LTH) for varig lagring. Dette vil være at Anne repeterer nummeret til hun husker det utenat uten kontinuerlig repetisjon. KTH blir gjerne betraktet som en slags "buffer", hvor informasjonen kan plasseres midlertidig for videre prosessering.

I følge Helstrup og Kaufmann (2000) er det forskere som mener at *arbeidsminnet* er KTHs funksjonelle betydning. En annen oppfatning er at arbeidsminnet er en enhetlig hukommelseskomponent. Istedenfor å tenke seg tilnærmet uavhengige delsystemer, oppfattes arbeidsminnet som en integrert ressursbegrenset faktor. Swanson og kolleger (1998) ser på arbeidsminnet som den aktive delen av KTH fordi dette i seg selv er passivt. Egeland & Landrø (2006) mener arbeidsminnet er en videreutvikling av KTH. Foreløpig må vi konkludere med at det foreligger bevis som kan tas til inntekt for flere teoretiske posisjoner. Glemselsfaktoren (den vertikale pilen i figur 4) kan forklares

som den begrensede kapasiteten i KTH, og kan forekomme som utdying, plassmangel eller annen interfererende effekt (Imsen 2000).

*Langtidshukommelsen* (LTH) er antatt å ha en ubegrenset kapasitet når det gjelder den mengden informasjon som kan lagres (Helstrup & Kaufmann 2000). Når det gjelder tidslengde for lagring, er dette et omstridt spørsmål om denne er permanent eller om informasjon går tapt. I følge Helstrup & Kaufmann (2000) er den vanligste oppfatningen at informasjon som ikke er aktivert over lang tid vil ha en tendens til å forsvinne. Imidlertid kan informasjon som er lagret i LTH tas fram og brukes i både SR og KTH uten at det forsvinner fra LTH av den grunn. Informasjon som når SR, kan personen kjenne igjen fra tidligere erfaringer som er lagret i LTH (se den doble pilen mellom SR og LTH i figur 4).

Helstrup og Kaufmann (2000) referer til Tulving når de konstaterer at LTH ofte ordnes i to hovedtyper; *semantisk* hukommelse og *episodisk* hukommelse. Semantisk hukommelse referer til vår kunnskap om verden, eksempelvis ”sushi er en japansk matrett”, og er ofte ikke tidfestet. Episodisk hukommelse referer til erindring av hendelser som kan knyttes til en kontekst i person, tid og rom, eksempelvis ” jeg spiste sushi i går”. Her vil det også være relevant å skille mellom visuell og verbal hukommelse. Ifølge Imsen (2000) vil mye av den kunnskapen skolen formidler forutsette semantisk hukommelse.

Hukommelse kan også måles i faktorene *gjenkalling* og *gjenkjenning* ved at pasienten blir vist en liste med ord og at listen etterpå fjernes. Gjenkalling innebærer å huske utenat, for så å skrive ned ordene fra listen. Ved gjenkjenning blir ordene på listen vist igjen, men blandet med like mange nye distraksjonsord av samme slag. Personen skal nå kjenne igjen hvilke ord som var på den forrige listen (Helstrup & Kaufmann 2000). Gjenkjennelse er også en vanlig tilnærming til å vurdere prosesseringen av sensorisk informasjon (Swanson m.fl. 1998).

Mye som tyder på at god hukommelsesevne har en nær sammenheng med bruk av strategier (Swanson m.fl.1998). I denne sammenheng innebærer strategier ulike måter å organisere informasjon på, blant annet å gruppere enkeltord til serier av enkeltord, for eksempel gruppere ord til setninger. En annen organiseringsmåte er å organisere enkeltord inn i kategorier. Et annet trekk som kjennetegner personer med gode hukommelsesferdigheter, er at de assosierer ny kunnskap med den de allerede har. Glemsel i LTH kan begrunnes av manglende koding, eller kodingsprosessen tar tid fordi det er begrenset hvor mye som kan kodes i en viss tidsenhet (Imsen 2000). LTH har så stor kapasitet at problemet kan være å finne igjen stoffet. En må få de rette påminnelser eller finne strategier til å bringe stoffet fram igjen.

#### **4.1.2. Eksekutive funksjoner**

Eksekutive funksjoner har å gjøre med høyere mentale prosesser, det vil si de prosessene som gjør at personen kan respondere og justere seg på en adekvat måte i forhold til sine omgivelser (Rund 2000). Det er videre en funksjon som skal gjennomføre koordinering av informasjon og ha den helhetlige oversikt (Swanson m.fl. 1998). I praksis innebærer dette et antall evner, for eksempel vilje, planlegging, forberede seg til og utføre meningsfulle aktiviteter og autonom atferd (Rund 2000).

Man kan tenke seg at eksekutive funksjoner og kontrollenheten (K) (se figur 4) har en del fellestrekk. Helstrup & Kaufmann (2000) mente at kontrollenheten i systemet har som oppgave å styre og integrere prosessen, og derfor er en styrings- og beslutningsenhet. Vi kan forestille oss at pågående aktivitet i prosesseringssystemet alltid sender beskjed (tilbakemelding/feedback) til denne kontrollenheten. Denne samler opp informasjonen om alt som foregår i systemet, og justerer den videre prosesseringen i lys av dette. Kontrollenheten blir en styrings- og beslutningsenhet (Helstrup & Kaufmann 2000). En prosesseringssekvens resulterer i en reaksjon eller et resultat, symbolisert med pilen for uttak til høyre. Det samme gjelder for eksekutive

funksjoner. At de er ulike begreper på samme funksjon, vil kanskje noen være uenige i.

#### **4.1.3. Oppmerksomhet**

Oppmerksomhet innebærer to aspekter: *utvelgelse* av relevant informasjon og *fastholding* av denne informasjonen (Helstrup & Kaufmann 2000). Utvelgelse av relevant informasjon kalles *selektiv* oppmerksomhet og innebærer evnen til å opprettholde oppmerksomheten på tilsiktet stimulus når det finnes distraheringselementer. Fastholdingen av informasjon kalles *vedvarende* oppmerksomhet, og innebærer som begrepet tilsier, evnen til å være oppmerksom over tid (Conte 1998). Oftest referer dette til et antall betingelser som krever at personen kan ha konstant oppmerksomhet på et område i minst ti minutter. Det er viktig å merke seg at oppmerksomhet innebærer begge aspekter, og den bryter sammen dersom utvelgelsen gjøres for vanskelig, eller om noe virker som distraksjon. Det er enighet om at oppmerksomheten har en begrenset kapasitet ved informasjonsprosessering (Helstrup & Kaufmann 2000).

Mye taler for at oppmerksomhet og SR er tett knyttet sammen, men det er uenighet på hvilken måte (Helstrup & Kaufmann 2000). Noen mener at oppmerksomheten kommer forut for SR, at det er oppmerksomhetsfunksjonen som mer eller mindre bevisst velger hvilken informasjon som når fram til SR, mens andre mener at oppmerksomheten først er til stede mellom overføringen fra SR til KTH. Denne diskusjon er ikke relevant å gå videre inn på her.

## **4.2 Kognitiv fungering hos ungdom med schizofreni**

I motsetning til voksne, er det gjort relativt få studier av kognitiv fungering blant unge med schizofreni, konstaterer Torill Ueland ved Sogn senter for barne- og

ungdomspsykiatri i Oslo (Ueland 2003). Hun har ledet en undersøkelse av 22 ungdommer med schizofreni, som ble sammenlignet med 30 friske ungdommer. Hun fant at ungdommene med schizofreni skåret dårligere på de fleste kognitive ferdigheter. Ueland (2003) sier at på bakgrunn av forskning gjort på voksne, kan man konkludere med at ungdom har et relativt tilsvarende mønster for kognitiv fungering som man har funnet hos voksne med schizofreni.

Man kan indikere at kognitivt funksjonsnivå allerede er svekket hos personer som opplever sin første psykoseepisode (Friis m.fl. 2002). Dette kan igjen antyde at kognitiv svikt er sårbarhetsfaktorer for å utvikle psykose, mer enn et resultat av den psykotiske prosessen. Wolf og Cornblatt (1998) gjennomførte en studie på ungdom som var i høyrisikogruppen for å utvikle schizofreni, men som ikke hadde psykotiske kjennetegn. Dette var ungdom der én, eller begge foreldrene hadde schizofrenidiagnose. Studiet viste signifikante forskjeller i de fleste dimensjoner av kognitiv fungering sammenliknet med kontrollgruppen (Wolf & Cornblatt 1998). Nedenfor vil jeg diskutere hva forskningen konkluderer med i henhold til evne til hukommelse, eksekutive funksjoner og oppmerksomhet.

#### **4.2.1. Hukommelsessvikt hos elever med schizofreni**

Hukommelsessvikt er en av de hyppigste forekommende defekter hos personer med schizofreni (Rund 2000). Selv om bildet ikke er helt konsistent, indikerer de fleste studier at implisitt hukommelse er intakt, altså ubevisst hukommelse som eksempelvis ferdighetslæring. Eksplisitt hukommelse derimot, som innebærer bevisst hukommelse som informasjonsprosessering, er ofte nedsatt.

Cullberg (2000) peker på filterfunksjonen som hos friske mennesker kan filtrere ut uvesentlig stimuli, svikter hos personer med psykose. Figur 4 symboliserer dette med de horisontale pilene for inntak. Ungdommene har allerede forstyrrelser i hva slags informasjon som ”når inn” til informasjonsprosesseringen. Elementer som kan føre til

ytterligere forstyrrelser i informasjonsprosesseringen, er for eksempel at lyd og lysinntrykk som kan være forsterket eller svekket (Cullberg 2000). Dette innebærer at ungdommene har store vansker med å persipere informasjon, og å bruke denne på en effektiv måte.

Det har fremkommet relativt konsistente funn som viser at personer med schizofreni presterer svakere enn friske personer med hensyn til kortidshukommelse (Rund 2000). Dette gjelder både verbal og visuell hukommelse. Flere har argumentert med at dysfungerende arbeidsminne er en kjernesvikt ved schizofreni (Egeland & Landrø 2006). I figur 4 ser vi en vertikal pil som symboliserer informasjon som blir glemt. Det er nærliggende å tro at disse ungdommene har en hyppigere forekomst av glemsel av informasjon enn friske ungdommer. De klarer ikke å holde informasjonen lenge nok i kortidshukommelsen eller arbeidsminnet slik at informasjonen kan bearbeides til for eksempel problemløsning.

Redusert kapasitet i arbeidsminnet vil begrense sterkt elevens evne i for eksempel å delta i forhandlinger. Det er vanskelig å komme på et godt argument i en diskusjon om man har glemt hva det forrige argumentet var, eller hva man i det hele tatt diskuterer. Et nærliggende eksempel er en typisk problemløsningsoppgave som består av en oppgavetekst og spørsmål til teksten. For disse elevene vil det være vanskelig, for ikke å si umulig å svare på spørsmålene når man allerede har glemt hva teksten handlet om når man kommer til spørsmålene, og når man går tilbake til teksten igjen, har man glemt hva spørsmålet var. Svikt i arbeidsminnet kan vanskeliggjøre det å automatisere eller lære av tidligere erfaringer. Dette kan blant annet føre til vansker med innlæring i skolen, og karakterene kan bli dårligere enn det evnene skulle tilsa. Dette kan føre til frustrasjoner og et redusert selvilde fordi eleven ikke får vist hva han/hun egentlig kan.

Det er godt dokumentert at personer med schizofreni viser sviktende semantisk hukommelse (Egeland & Landrø 2006). Det betyr at elevene har sviktende kunnskap om verden. Egeland og Landrø viser til en studie gjort av Tamlyn og kolleger i 1992



som ba forsøkspersonene å vurdere om setninger som ”rotter har tenner” og ”traktorer vokser i hagen” var sanne eller falske (Egeland & Landrø 2006:126). Det viste seg at personene med schizofreni responderte seinere enn kontrollpersonene. I tillegg gjorde de signifikant flere feil. Forstyrrelser i det semantiske hukommelsessystemet viser Egeland og Landrø har blitt relatert til formelle tankeforstyrrelser. I et lærings- og undervisningsperspektiv vil dette få store følger for det faglige nivået og progresjonen i undervisningen.

Gjenkjenning synes å være mindre affisert enn gjenkalling (Rund 2002). I forbindelse med dette er det vist at lagret informasjon påvirker i for liten grad persepsjonen hos eleven (Rund 1991b). I det minste gjelder dette for verbal hukommelse. Mye av den sviktende verbale hukommelsen hos eleven kan skyldes underliggende svikt i innkodingen. Videre er det mye som tyder på at disse elevene har redusert evne til begrepsdannelse (Rund 1991a).

#### **4.2.2. Forstyrrelser i eksekutive funksjoner**

Eksekutive funksjoner innebærer et bredt register av funksjoner, og det finnes ingen test som inkluderer alle disse (Ueland 2003). Den mest kjente testen (Wisconsin Card Sorting Test) måler blant annet kapasiteten til å forme og skifte oppmerksomhet, og det er funn som tyder på at ungdom med psykoser har forstyrrelser i forhold til disse funksjonene. Ueland (2003) har også funnet at eksekutive funksjoner er mest forstyrret hos ungdom sammenliknet med voksne med schizofreni. Som tidligere nevnt innebærer eksekutive funksjoner også koordinering av informasjon og ha oversikt (Swanson m.fl. 1998). Når det nå viser seg at ungdommen sannsynligvis har store svikt i slike funksjoner, kan dette legge klare føringer for tilrettelegging av undervisning. På ungdomstrinnet er for eksempel prosjektarbeid en vanlig arbeidsmåte. Når eleven ikke har evner til å planlegge hvordan han eller hun kan løse korte oppgaver, vil et prosjektarbeid med alle dets faser som å bestemme seg for emne, innhente stoff og så videre, ofte være umulig og ubegripelig for denne eleven.

### **4.2.3. Oppmerksomhet hos elever med schizofreni**

Oppmerksomhetsforstyrrelser har lenge blitt sett som et sentralt trekk ved schizofreni (Rund 2000). Redusert evne til å fokusere og å opprettholde oppmerksomheten er blitt betraktet både som et kjernesymptom og som en underliggende mekanisme for andre kognitive svikt. Også intensiteten i interessen og evnen til å skifte fokus ved behov, er forstyrret. Noen ser ikke helheten, men enestående deler (Cullberg 2000).

På tross av en rekke forskningsrapporter har man enda ikke presist kunne avgrense hvilke oppmerksomhetsfunksjoner som er forstyrret hos personer med schizofreni. Dette kan det være flere grunner til. En mulig grunn er at oppmerksomhetsbegrepet er diffust og mangfoldig med mange begreper som beskriver til dels det samme fenomenet, og mange termer og aspekter ved oppmerksomhet synes å overlappe hverandre (Rund 2000). En annen grunn kan være at oppmerksomhet er en begrenset ressurs for kognitiv bearbeiding og at eleven ikke greier å tildele ressursene han/hun faktisk har til de rette prosessene (Rund 1991a).

Oppmerksomhetssvikt hos ungdommer med schizofreni er imidlertid ikke påvist i samme omfang som hos voksne. Både Øie (1998) og Ueland (2003) har funnet at ungdom med schizofreni ikke presterer svakere enn andre ungdommer i henhold til vedvarende oppmerksomhet. Øie fant også at selektiv oppmerksomhet heller ikke var affisert hos ungdommene, selv om dette er hyppige svikt hos voksne. Dette antyder en sammenheng mellom svikt i vedvarende oppmerksomhet og lang medisinerings og hospitalisering, slik det ofte har vært tilfelle for voksne, men at ungdommene verken har blitt medisinert eller innlagt i samme omfang og varighet. Øie (2006) sier at samlet sett kan forskningsresultater indikere at ungdom med schizofreni har kognitive svikt når det gjelder mer komplekse, "høyere" kognitive funksjoner som hukommelse, verbal læring og eksekutive funksjoner, men ikke på de mer elementære kognitive funksjonene som oppmerksomhetsfunksjoner.

### **4.3. Hvilke variabler spiller inn for omfanget av kognitive svikt?**

I kapittel to pekte jeg på en rekke variabler som bidrar til hvordan utfallet blir for personer med schizofreni. Alder ved psykosedebut, premorbid fungering, negative symptomer, varighet av ubehandlede psykoser og rett behandling er slike variabler. Ikke uventet innvirker de samme variablene i møte med omfanget av kognitive svikt hos disse personene.

Tidlig sykdomsdebut og svikt i verbal læring og hukommelsesoppgaver synes å ha en når sammenheng (Tuulio-Henriksson m.fl. 2004). Personer med tidlig psykosedebut gjenkaller ofte færre ord i verbal læring, og mens de gjenkaller gjør de mindre bruk av semantiske klyngestrategier, noe som innebærer at de ueffektivt grupperer ord i listen til kategorier. I måling av gjenkallelse gjør de ofte flere feil (som for eksempel å lage flere ord enn det som var i den originale listen). Tidlig psykosedebut er ikke assosiert med lavere skåre i arbeidshukommelsen eller tester som måler IQ (Tuulio-Henriksson m.fl. 2004).

Undersøkelser antyder at det finnes en klar assosiasjon mellom premorbid fungering og svikt i oppmerksomhet og eksekutive funksjoner. Rund og kolleger (2004) referer til en undersøkelse gjort av Silverstein og kolleger. I dette studie har man funnet at arbeidsminne, uttrykksevne (fluency) og verbal læring representerer den sterkeste bindingen til premorbid fungering. Rund og kolleger (2004) har vist at det er en sterk sammenheng mellom svake premorbide skoleprestasjoner og kognitive svikt. Dette var spesielt tydelige når det gjaldt verbal læring og arbeidsminne. Svikt i arbeidsminnet er en essensiell faktor i utviklingen av schizofreni stemmer også overens med høy-risiko studiet til Erlenmeyer-Kimling og kolleger (Rund m.fl. 2004). I denne undersøkelsen forekom defekt i arbeidsminnet hos *alle* barn som ble fulgt til voksen alder og da ble diagnostisert med schizofreni.

Negative symptomer og kognitive svikt tenderer også til å være nært relatert (Dickerson m.fl. 2004). Konsentrasjonsproblemer kombinert med affektavflatning,

passivitet og initiativløshet bidrar til at ungdommen ikke får til annet enn rent rutinearbeid, og ikke alltid det heller, noe som innebærer at en skolesituasjon for mange er altfor krevende. Kognitive svikt som oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og eksekutive funksjoner, samt evne til å utføre handlinger, tilpasse aktivitetsnivå og samordne atferd slik at det blir meningsfylte handlinger, ødelegger personens evner til å omgås med andre og lære sosiale ferdigheter (Rund 2000).

#### **4.3.1. Er det likhetstrekk mellom schizofreni og ADHD når det gjelder kognitive svikt?**

Det kan være hensiktsmessig å foreta en sammenlikning av kognitive svikt hos ungdom med ADHD og ungdom med schizofreni. Dette fordi at ADHD er en langt vanligere diagnose hos elever, og at pedagoger ofte er inneforstått med hva ADHD innebærer for læring. Noen ganger kan det være enklere å forstå vanskenes omfang om man har noe å sammenlikne med.

Jeg har pekt på at de fleste ungdommer med schizofreni har store kognitive svikt. Ungdom med ADHD viser også kognitive svikt på flere områder, men er det likhetstrekk mellom disse gruppene? Ikke mange slike sammenlikningsundersøkelser er gjort, men blant annet Øie (1998) har forsket på dette. Hennes hovedfunn var som ventet at personene i både schizofreni- og ADHD utvalget hadde signifikante svikt i kognisjonen. Begge gruppene viste svikt på tester som blant annet målte tidlig informasjonsprosessering, oppmerksomhetsspenn, verbal hukommelse og læring (Øie 1998). Imidlertid var mønsteret av svikt forskjellig mellom de to gruppene. Ungdommene med schizofreni presterte svakere enn ungdommene med ADHD på tester som målte visuell hukommelse, abstraksjon/ fleksibilitet og motoriske funksjoner. Ungdommene med ADHD derimot, presterte svakest på tester som målte oppmerksomhet/ distraherbarhet, verbal hukommelse og læring (Øie 1998, Øie & Rund 1999). Dette kan dermed tyde på at ungdom med schizofreni har en mer generell kognitiv svikt med svakere mental fleksibilitet sammenliknet med ungdom med

ADHD som primært har svikt i evne til oppmerksomhet. Øie og Rund (1999) konstaterer at oppmerksomhetsforstyrrelser er den eneste svekkelsen de to gruppene har til felles.

En liknende undersøkelse ble gjort der kontrasten i hukommelsesfunksjoner mellom ungdom med schizofreni og ADHD ble målt (Øie m.fl. 1998). Resultatet på disse testene var at ungdom med schizofreni presterte svakere på alle testene sammenliknet med normale ungdommer. De presterte i tillegg signifikant svakere enn ungdom med ADHD på tester som målte visuell hukommelse. ADHD-gruppen skåret svakere enn schizofreni-gruppen på tester som målte arbeidsminnet og med fokus på distraherbarhet. Øie og kolleger (1998) mener disse funnene kan antyde at det finnes en generell hukommelsessvikt hos ungdom med schizofreni relatert til både verbale og visuelle ferdigheter. Visuelt minne er ikke nedsatt hos ungdommer med ADHD. Gruppen med ADHD skåret innenfor normalvariasjonen i forhold til det visuelle området. Disse funnene støtter en hypotese om at eksplisitte hukommelsessvikt blant personer med schizofreni relateres til både verbale og visuelle evner.

Øie (2006) konkluderer ulikhetene i kognitive svikt mellom ungdom med schizofreni og ungdom med ADHD på denne måten: ” Ulikhetene i eksekutiv funksjon, vansker med avledbarhet og hemninger ved ADHD og mer vansker med mental fleksibilitet ved schizofreni, kan betraktes som to motpoler i forhold til oppmerksomhetskontroll” (Øie 2006:143). Dette betyr at ungdommer med schizofreni har vansker med å aktivere oppmerksomheten og sette en handling i gang, mens hos ungdommer med ADHD består vanskene i ikke å la seg distrahere og det å kunne stoppe en handling eller tanke. Øie (2006) sier at denne motsetningen reflekteres også i det kliniske symptombylde til de to gruppene. Symptomene ved ADHD kan komme til uttrykk ved motorisk hyperaktivitet, impulsivitet, ukontrollert temperament og sosial disinhibisjon (vansker med ”å holde igjen”). Dette betyr at hjernens evne til å hemme impulsstyrt atferd er svekket slik at det er vanskelig for ungdommen å utsette responser på umiddelbare inntrykk lenge nok til at man får systematisert og analysert inntrykkene. Ved ADHD er hjernen ”underaktivert” slik at mye og sterk stimulering er nødvendig

for å få en aktiveringseffekt. Schizofreni er i motsetning til dette en mer ”internaliserende” lidelse hvor det å sette handlinger i gang er spesielt vanskelig. Hjernen er ”overaktivert”, slik at ungdommen lett opplever overstimulering ved sanseinntrykk, noe som kan føre til tilbaketrekning (Øie 2006:143).

#### **4.4. Oppsummering**

I denne delen har jeg vektlagt at ungdom med schizofreni har omfattende svikt i kognitive funksjoner. I denne diskusjonen har jeg fokusert spesielt på hukommelse, eksekutive funksjoner og oppmerksomhet. Hukommelsessvikt kan betraktes som et kjernemoment hos personer med schizofreni (Rund 2000). Implisitt hukommelse er ikke funnet affisert, men eksplisitt hukommelse svikter hos mange. Man kan anta at av majoriteten av ungdommene har persepsjonsforstyrrelser, svikt i arbeidsminnet, sviktende semantisk- og episodisk hukommelse og nedsatt evne til gjenkalling. Videre ble eksekutive funksjoner berørt, og i følge Ueland (2003) er eksekutive funksjoner mer affisert hos ungdom enn hos voksne. Oppmerksomhet har lenge blitt sett som et sentralt trekk ved schizofreni, men det kan se ut som at oppmerksomhet ikke er affisert hos ungdom, i det minste ikke så vesentlig som hos voksne. I et læringsperspektiv vil det behøves tilrettelegging av undervisning som tar hensyn til disse kognitive funksjonsnedsettelsene.

## 5. SOSIAL FUNGERING HOS ELEVER MED SCHIZOFRENI

”Mennesker med schizofreni forteller om en dyp, men også høyst særegen ensomhet i sosiale relasjoner, og i verden. Denne ensomheten har en subjektiv egenart det er viktig å ha kunnskap om i hjelpeapparatet. En pasient spurte nylig: ”Hva er egentlig en samtale? Har vi hatt en samtale akkurat nå?” På denne og andre måter kan forståelsen av selvfølgelige sammenhenger og meninger i tilværelsen bryte sammen.”

(Paul Møller 2005:1022)

### 5.1. Sosial kognisjon og sosial fungering

Svekket sosial fungering er en definerende karakteristikk ved schizofreni. Dette er et fenomen som også Bleuler tidlig beskrev som nært knyttet til lidelsen (Gråwe 2006). Sosial fungering og sosiale ferdigheter henspeiler på å mestre sosiale relasjoner. I følge Gråwe kan man definere sosiale ferdigheter som ”evnen til å uttrykke både positive og negative følelser på en effektiv måte, slik at det hjelper en å nå sosialt ønskelige mål i alle former for mellommenneskelige relasjoner”(Gråwe 2006:224).

Begrepet ”sosial kognisjon” har blitt tolket noe ulikt innenfor ulike tradisjoner i psykologien. Noen forskere mener sosial kognisjon innebærer å undersøke kognitive prosesser som underliggende sosial atferd, andre har fokusert mer på hvordan sosiale situasjoner og relasjoner endrer menneskers tenkning, hos ytterligere andre vektlegges sosial kognisjon som måter grupper av mennesker koordinerer sine sosiale aktiviteter. Den nyeste forskningen har forsøkt å spesifisere de psykologiske mekanismene som har blitt oppdaget for hvordan mennesker kan tilpasse seg å leve i grupper (Newman 2002).

Jeg velger en bred definisjon av sosial kognisjon: ”the processes and functions that allow a person to understand, act on, and benefit from the interpersonal world.” (Corrigan & Penn, 2001:3). Denne definisjonen kan oversettes med at sosial kognisjon er de prosesser og funksjoner som gjør det mulig for en person å forstå, handle og dra nytte av en verden med samspill og utvekslinger mellom mennesker. Ved å bruke

denne definisjonen mener jeg at sosial kognisjon og sosiale ferdigheter er nært beslektede begreper.

Mange mennesker med schizofreni har vansker i flere sosiale forhold slik som sosiale relasjoner, evne til å ta vare på seg selv, utdanning, fysisk helse, mental helse og stoffmisbruk. Lidelsen gjør det spesielt vanskelig for personen som er rammet fordi den sjelden er begrenset til ett eller to områder (Corrigan & Penn 2001). Som jeg pekte på i 3.1.2 kan mange personer med schizofreni fortelle om en dårlig livskvalitet på grunn av deres utilstrekkelighet til å oppfylle kravene til å skaffe seg god utdanning og senere jobb, leve selvstendig i gode boområder, ha stabil økonomi og å utvikle langvarige relasjoner.

Brüne sier at i klinisk perspektiv er den utad tydeligste karakteristikken av schizofreni en upassende og ofte bisarr atferd. Med andre ord, sier Brüne (2005a), er det nesten alltid en avvikende *sosial* atferd som gjør personene til ”unormale”. Viktigheten av sosiale atferdproblemer i schizofreni kan ikke bli overvurdert, siden svekket sosial fungering ofte kommer før psykosedebuten (Brüne 2005a). Man kan derfor anta at nedsatt sosial fungering er en av grunnene til at disse personene ofte har svake og improviserte sosiale nettverk (Penn m.fl. 2001). Fra et behandlingsperspektiv kan sosial kognitiv fungering danne et gap mellom tilegnede ferdigheter i en behandlingssituasjon og ferdighetene i dagliglivet. Nye ferdigheter som personen har oppnådd i behandlingssituasjonen ikke bli brukt i dagliglivet siden personen ikke ser likhetene mellom de ulike situasjonene.

Sosial kognisjon er ikke begrenset til persepsjon av andre mennesker, men omfatter også kunnskap om sosiale situasjoner og regler som beskriver passende atferd i disse situasjonene. Det foreligger ikke tilstrekkelig forskning for å at man kan trekke konklusjoner om sammenhengen mellom kunnskap om sosiale situasjoner og sosial atferd hos personer med schizofreni (Penn m.fl. 2001).



Sosial kognisjon er altså de prosesser og funksjoner som gjør det mulig for en person å forstå, handle og dra nytte av en verden med samspill og utvekslinger mellom mennesker. Slike prosesser og funksjoner finnes det antakelig overveldende antall av, noe som innebærer at dette kapittelet ikke kan omhandle alle aspekter ved sosial kognisjon. Jeg vil spesielt vektlegge sosial kognisjon som evnen til å skaffe og holde på jevnaldrende venner og evnen til å forstå og respondere på hva andre sier og mener. Det er naturlig å tenke seg at disse to faktorene henger nøye sammen. Sosial persepsjon og "theory of mind" er faktorer jeg mener er hensiktsmessig å diskutere i forhold til ungdom med schizofreniproblematikk. Jeg vil også diskutere ulike variabler innenfor sosial kognisjon som påvirker sosiale ferdigheter.

### **5.1.1 Sosial persepsjon hos ungdom med schizofreni**

Sosial persepsjon innebærer hvordan vi opplever eller tolker andre menneskers egenskaper og kvaliteter (Helstrup & Kaufmann 2000). Corrigan og Leonhard (2001) hevder at det finnes forskning som skiller mellom sosial persepsjon og ikke-sosial persepsjon. Ikke-sosial persepsjon innebærer for eksempel hvordan personen oppfatter eller tolker nummer, ord eller objekter. Dette kan blant annet være et nummer på et hus. På postkassa ved huset står navnet på de som bor der og huset er grønt med hvite karmen.

Sosial persepsjon derimot, er personlig relevant og affektivt ladet. Dette kan for eksempel innebære at noen snakker til deg, hva personen sier, hva han egentlig mener med det han sier, om det er noe han mener som han ikke sier, hva slags humør vedkommende er i og så videre. Ved sosial stimuli er også stimulusen og sendere interaktive og den krever en reaksjon. Dersom noen snakker til deg, forventes det ofte en respons. Sosial stimuli er også mer flytende og stadig i forandring (Corrigan & Leonhard 2001).

Vansker med å persipere sosial stimuli gir store konsekvenser for sosial fungering, og kan ha flere bakenforliggende årsaker (Corrigan & Leonhard 2001: 76-77). For det første krever persepsjon av sosial stimuli at personen kjenner den kulturelle kunnskapen om og i situasjoner. For eksempel er det helt adekvat å skrike på en fotballkamp, men ikke i klasserommet om ikke det er noe helt spesielt. Man kan le av noe morsomt, men ikke av at noen slår seg eller blir mobbet. Dette er ikke sosialt akseptert. Ungdommer med schizofreni mangler også ofte kjennskap til nonverbale uttrykk. Da er det lett å misoppfatte om en samtalepartner gleder seg over samtalen eller ikke. Siden meningen av sosial stimuli er kulturelt avhengig, og personer med schizofreni tenderer til å ha en svak kjennskap til den aktuelle kulturen, vil det være vanskelig å oppfatte sosial stimuli på en passende måte. Det er også registrert svikt i det å persipere sosialt *relevant* stimuli hos personer med schizofreni. Man kan anta at disse personene har problemer med å gjenkjenne basale følelser som glede, sinne og frykt i andre personers ansiktsuttrykk (Bigelow m.fl. 2006).

For det andre er sosial stimuli mer abstrakt og av den grunn vanskeligere for personer med schizofreni å oppfatte. At stimulusen er abstrakt kan for eksempel innebære bedømmelse av en samtalepartners intensjoner. For det tredje krever oppfattelse av sosial stimuli semantisk involvering, som ofte er nedsatt hos personer med schizofreni. Sosiale oppgaver, som persepsjon av følelser og emosjoner krever en høyere grad av semantisk prosessering enn persepsjon av farger og andre ikke-sosiale stimuluser. For det fjerde krever persepsjon av sosial stimuli persepsjon av avsenderens emosjoner, som også viser seg å være vanskelig for personer med schizofreni. Persepsjon av andres emosjoner kan kalles "theory of mind" og skal redegjøres for nedenfor.

### **5.1.2. "Theory of mind"**

"Theory of mind" innebærer den kognitive kapasiteten en person har til å forstå og beskrive sin egen og andre menneskers mentale tilstand, som hvordan du eller de andre tenker, tror eller later som (Brüne 2005b). Det er nå bred dekning for at theory of mind

er spesielt svekket hos personer med schizofreni og at mange psykotiske symptomer best kan bli forstått i lys av en svekket kapasitet hos personene til å se at det er en *sammenheng mellom egne intensjoner og hvordan man styrer sin atferd*. På samme måte er det en sammenheng mellom egne intensjoner og hvordan man forstår og oppfatter andres intensjoner (Brüne 2005b).

Det er grunn til å tro at svekkelser i theory of mind gjenspeiler sosial fungering. Likevel er det viktig å merke seg at det fortsatt debatteres hvordan en svekket theory of mind hos personer med schizofreni har sammenheng med andre aspekter av kognisjon. Svekkelser i theory of mind kan påvirke hvordan personer med schizofreni bruker og tolker språket Brüne (2005b). Undersøkelser viser, i følge Brüne (2005a), at personer med schizofreni har en svekket evne til å gjenkjenne følelser fra ansiktsuttrykk og i å vurdere andre menneskers mentale tilstand. Han påstår også at sosial kognisjon og persepsjon hos personer med schizofreni er mer skadet enn ikke-sosial kognisjon.

Brüne (2005a) fant i sin undersøkelse at personer med schizofreni viste alvorlige avvik i sosial atferd. Omfanget av avvikene så han i sammenheng med varighet av sykdommen, og minst like viktig var nedsatt evne i theory of mind. Svekket sosial persepsjon og sosial kognisjon mener Brüne bidrar til å forstå sosiale atferdsproblemer hos personer med schizofreni. I dette studiet fant man en sterk sammenheng mellom oppnådd resultat på theory of mind og eksekutive funksjoner. Det blir derfor viktig for nettverket rundt personen å vite at disse personene ofte har store vansker med å forstå andres (og sine egne) tanker og meninger (Brüne 2005b).

## ***5.2. Kognitiv svikt hos ungdom og konsekvenser for fungering i dagliglivet***

I ungdomstida skjer mye viktig sosial læring sammen med jevnaldrende. Dagens ungdomskultur stiller store krav til kognitive funksjoner, spesielt oppmerksomhet og

eksekutive funksjoner (Øie 2006). Stadig viktigere kontaktarenaer mellom ungdom er sms, e-post og chatting på internett. På skolen er det en økende tendens til undervisning i aulaer eller åpne klasserom på tvers av skoletrinn. I ungdomsalderen er det også mindre lek og mer verbal kommunikasjon. I skolegården står ungdommene i gjenger og prater sammen fremfor å leke. Dette stiller store krav til oppmerksomhet fordi den skal rettes mot alt som sies, samtidig som man skal få med seg det som ikke sies direkte, det vil si ikke-verbal kommunikasjon. Ungdom med schizofreni har et sårbart informasjonsbearbeidningssystem som lett kan bryte sammen om det stilles for store krav til de kognitive funksjonene. Hvis den kognitive sårbarheten presses for mye, kan dette i verste fall resultere i nye psykoseutbrudd (Øie 2006:145).

Hvor godt elever med schizofreni fungerer i dagliglivet har ofte blitt forbundet med kognitiv fungering. Svikt i oppmerksomhet, hurtighet i informasjonsprosessering og problemløsningsferdigheter ser ut til å påvirke foruten faglige prestasjoner, selvstendig fungering, og interpersonlige funksjoner. Revheim og kolleger (2006) gjennomførte en studie som fokuserte på ferdigheter i selvstendig levesett og problemløsning i dagliglivet. De fant at disse ferdighetene korrelerte signifikant med negative symptomer, prosesseringshurtighet, verbal hukommelse og arbeidsminnet. Når oppmerksomhetsfunksjoner og eksekutive funksjoner svikter hos ungdom med schizofreni, kan også evnen til å holde fokus, planlegge, ha innsikt, se fremover og bedømme egen atferd i sosiale situasjoner bli svekket (Øie 2006).

Green (1996) er en av de forskere som har forsøkt å kartlegge sammenhenger mellom kognitive forstyrrelser og hvilke konsekvenser dette medfører hos personer med schizofreni. Han har gjennom en oppsummering av en rekke forskningsrapporter, forsøkt å finne svar på hvilke ulike kognitive ferdigheter som er knyttet til ulike funksjonelle utfallsmål. Han delte undersøkelsene som ble gjennomgått inn i tre kategorier, avhengig av type utfallsmål som ble benyttet. *Samfunnsmessig fungering* er den mest generelle kategorien, og omfatter ulike mål på blant annet livskvalitet, selvstendighet, sosial og yrkesmessig fungering. *Sosial problemløsning* er en mer spesifikk kategori, der det ble brukt standardiserte utfallsmål. Som regel brukes

videovignetter av sosiale situasjoner der personen blir bedt for eksempel om å identifisere et sosialt problem, generere en løsning på dette, eller å demonstrere en løsning ved å delta i et rollespill. *Tilegnelse av sosiale ferdigheter* er mål på i hvilken grad personer med schizofreni er i stand til å lære eller re-lære ferdigheter innen for eksempel kommunikasjon, problemløsning, skole/jobb og fritid ved å delta i treningsprogrammer.

Selv om metoder og måleinstrumenter varierte mye i de ulike undersøkelsene som ble gjennomgått, dannet resultatene grunnlag for noen generelle konklusjoner. Funksjonelle utfall hos personer med schizofreni er sterkere assosiert med visse kognitive mål, enn med symptomer. De kognitive målene som hadde en mulig sammenheng med en eller flere av de tre funksjonelle utfallsmålene, var blant annet *umiddelbar og sekundær verbal hukommelse*. Sammenhengen mellom verbal hukommelse og læring av ferdigheter har en åpenbar validitet, det virker logisk at det kreves effektiv innkoding og hukommelse av instruksjoner som blir gitt i et treningsprogram for at personen skal kunne lære noe av det. Disse ferdighetene er også sannsynlig nødvendige for akademisk fungering i samfunnet.

*Vedvarende oppmerksomhet* var også assosiert med både tilegnelse av sosiale ferdigheter og med sosial problemløsning, et funn som også har en åpenbar validitet. Ingen av studiene i utfallskategorien ”samfunnsmessig fungering” brukte vedvarende oppmerksomhet som prediksjonsvariabel. Man kan derfor bare spekulere i om det også her ville vært en sammenheng. Muligens er eksekutive funksjoner som begrepsdannelse og kognitiv fleksibilitet mer relatert til samfunnsmessig fungering (Green 1996). I følge Rund (2000) er det også mye som indikerer at det er sammenhenger mellom verbal hukommelse og evne til å løse sosiale problemer. Man kan da anta at svake sosiale ferdigheter skyldes kognitive svikt.

### **5.3. Hvor omfattende er forstyrrelsene i sosial fungering?**

Personer med schizofreni har sosiale dysfunksjoner fra ung alder, med en markert svekkelse i løpet av ungdomstida og de viser da svak prestering i skolen. Cannon med kolleger (1997) antar derfor at svak sosial tilpasning i ungdomstida er en tidlig manifestasjon av sårbarhet for å utvikle psykoser i voksen alder. Personer med schizofreni har signifikant svakere premorbid tilpasningsevne i barndom og ungdomstid. Dette påvirker både sosiabilitet og tilpasning til skolen. Det ble også funnet signifikante lineære trender i risiko for å utvikle psykoser med forverring av premorbid fungering.

Man har en viss sikkerhet om at det finnes to nøkkelfaktorer som påvirker sosialt utfall hos personer med schizofreni. Disse faktorene er kognitiv svikt og negative symptomer. Revheim og kolleger (2006) argumenter for at tidligere forskning støtter deres antydning om at både kognitiv svikt og negative symptomer er hver for seg relativt uavhengig personens fungering, men når disse to faktorene opptrer sammen, er det mye som tyder på at disse er avgjørende for personens fungering i dagliglivet fra basal fungering som hygiene til sosial interagering.

#### **5.3.1. Schizofreni og komorbide tilstander**

Komorbide tilstander innebærer lidelser som opptrer samtidig med, eller i tillegg til grunnlidelsen schizofreni. Det er lett å glemme at selv om personer med schizofreni allerede har komplekse svikt som er kjernesymptomer ved sykdommen, er det ikke av den grunn utelukkede at andre sykdomstyper, både psykiske og fysiske kan oppstå. Det er viktig å merke seg at slike tilleggslidelser også kan påvirke andre arenaer enn de sosiale. Jeg vil kort gjøre rede for noen typiske komorbide tilstander som kan forekomme hos personer med schizofreni, men dette er bare et lite utvalg av den store helheten.

*Sosial angst* er en hyppig forekommende komorbid tilstand hos personer med schizofreni. Pallanti og kolleger (2004) fant i sin undersøkelse om sosial angst hos schizofrenilidende at nesten 40 % av utvalget viste sosial angst på bakgrunn av testene som ble utført. Denne sosiale angsten hadde mange fellestrekk med sosial angst hos personer som har dette som primærdiagnose. I denne undersøkelsen ble det ikke funnet ulikheter i positive og negative symptomer hos personene i utvalget. Personer med sosial angst i tillegg til schizofreni viste høyere rate av suicidal atferd, høyere rate av suicidal atferd med døden til følge, mer alkohol- og stoffmisbruk, svakere sosial tilpasningsevne og lavere generell livskvalitet. Mer forskning på området gjenstår før man kan dra noen sikre sluttsatser, men man kan antyde at sosial angst er en vanlig komorbid tilstand hos personer med schizofreni.

*Posttraumatisk stressforstyrrelse* (PTSD) hos personer med schizofreni har blitt rapportert som en ikke uvanlig komorbid tilstand. Dette kan være ungdommer som har hatt forferdelige opplevelser som krig, tap og overgrep. Videre kan disse ungdommer oppleve PTSD uten å ha bli utsatt for krig eller overgrep. Sunde (2004) forklarer at mange ungdommer med schizofreniprobatikk forholder seg til utviklingen av psykosen som en traume. Han sier at noen ungdommer fremstår som traumatisert av selve psykosen. Det å oppleve en psykose, med stemmer i hodet og synshallusinasjoner, som kan føre til at man faller ut av skole og sosialt liv, vil være svært skremmende for mange mennesker.

*Depresjon* er en komorbid tilstand hos personer med schizofreni, og depressive symptomer hos personer med schizofreni er mer frekvent hos ungdommer enn de voksne (Zalsman m.fl. 2003). Hyppigere forekomst av utilfredshet i livet generelt og faktorer som livssituasjoner, daglige aktiviteter og fungering, familierelasjoner, økonomi og mental og fysisk helse er vanlige faktorer innenfor depresjon. Det påstas at depresjon er hovedfaktoren relatert til lav subjektiv livskvalitet (Reine m.fl. 2003). Selvmord har stabilt vært den mest vanlige dødsårsaken til for tidlig død i schizofreni (Raymont 2001).

*Utviklingsforstyrrelser* forekommer ofte hos ungdommer med schizofreni. Hollis (2000) har gjort en oppsummeringsstudie og funnet undersøkelser som viser at det finnes barn med atypisk autisme og asperger syndrom som har svært liknende sosiale og kognitive forstyrrelser som de man finner i premorbid fase hos ungdom med begynnende psykose. Videre viser det seg at barn med diagnoser innenfor autismspekteret kan utvikle psykoser når de kommer i puberteten. Økende risiko for å utvikle psykose har man også funnet hos barn og ungdom som har språkforstyrrelser. Hollis (2000) sier også at flere studier har funnet ut at gjennomsnittsskåren på IQ-verdi ligger mellom 80 og 85, altså et standardavvik under gjennomsnittsskåren for populasjonen. I tillegg peker Hollis på at man kan antyde at 30 % av ungdom med schizofreni har en IQ-verdi på 70 eller lavere.

*Fysisk helse* hos personer med schizofreni er gjennomgående dårligere enn hos normalbefolkningen. Hvorfor det er slik, vet vi ikke enda, men to faktorer spiller en viktig rolle (Andreassen 2005). For det første viser personer med schizofreni tendenser til en usunn livsstil med røyking, dårlig kosthold og lite mosjon. En økt frekvens av narkotikamisbruk spiller også en viktig rolle. For det andre kan medikamenter som brukes ved schizofreni gi bivirkninger som øker sjansen for hjerte- og karsykdommer. Slike bivirkninger kan være vektøkning, diabetes, kolesteroløkning og hjerterytmeforstyrrelse. Personer med schizofreni viser oftere problem med å bruke helsetjenestetilbudet.

## **5.4. Oppsummering**

Jeg har i dette kapittelet pekt på at ungdom med schizofreni har store vansker i sosiale sammenhenger. Disse ungdommene har problemer i forhold til sosial persepsjon som blant annet kan være svært abstrakt og kompleks og at kjennskap om bakenforliggende kultur behøves for å persipere sosial stimuli. Vansker med å forstå og beskrive sin egen og andres mentale tilstand, det som kalles "theory of mind", er også vanlig. Svikt i kognitive funksjoner som oppmerksomhet og hukommelse ser ut til å påvirke evne til



samfunnsmessig fungering, sosial problemløsning og tilegnelse av sosiale ferdigheter. Omfanget av svekket sosial fungering påvirkes trolig av personens kognitive svikt i tillegg til negative symptomer. Komorbide tilstander vil også kunne påvirke ungdommens sosiale fungering.

## **6. OM MESTRING ER MÅLET – TILRETTELEGGING FOR ELEVER MED SCHIZOFRENI**

”Etter min oppfatning er det slik at så lenge man bruker betegnelsen pedagogisk til noe, behøver man *ikke* samtidig si at den også skal være tilpasset. Dette fordi det *ikke* eksisterer noenting som er utilpasset til det enkelte barn eller den enkelte elevgruppe som samtidig kan betegnes som pedagogisk.”

(Kamil Øzerk 1999:70)

### ***6.1. Tilpasset opplæring for alle elever***

Gjennom hele denne oppgaven har jeg pekt på at ungdom med schizofreni har store kognitive vansker og at disse vanskene berører de fleste felt i den unges liv. Sogn skole er en spesialskole som er tilknyttet Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. På et besøk ved skolen, som har flere elever med schizofreni og diagnoser innenfor schizofrenispekteret, fikk jeg se nærmere på deres pedagogiske ståsted for undervisning og læring ved skolen. Ingebjørg M. Lippart (2005) er spesialpedagog på skolen og hun peker spesielt på at tankeforstyrrelser er en stor sårbarhet i forhold til læring. Elevens sårbarhet blir i seg selv en av utfordringene pedagoger må hankses med.

Lippart (2005) mener man kan finne noen kjennetegn på hva som karakteriserer skolebakgrunnen til elever med schizofreni. Hun sier at mange av elevene har manglende skolegang som innebærer store kunnskapsmessige hull. Elevene viser også ofte engstelse for jevnaldrende og har problemer med store klasser. Lavt selvbilde, gjerne kombinert med prestasjonskrav til seg selv er vanlig hos disse elevene. De har

store konsentrasjonsvansker og føler de ikke får vist hva de kan.

I følge opplæringslova (§ 5-1) har elever som ikke får et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, rett til særlig tilrettelagt undervisning. Slik undervisning krever ekstra tilførsel av ressurser, både pedagogisk, personellmessig og materielt. For at dette skal skje, er det nødvendig med en sakkyndig vurdering av elevens vansker. Til vanlig står pedagogisk- psykologisk tjeneste sentralt i dette arbeidet (§ 5-3). Den generelle delen av læreplanen danner et forpliktende grunnlag for læreplanene (Læreplanverket 1996: 9). Vi står i startgropa for en ny læreplan, men den generelle delen skal ha samme posisjon som før (St.meld. nr. 30. 4.1.1.). Den generelle delen vektlegger også at undervisningen må tilpasses ikke bare fag og stoff, men også alderstrinn og utviklingsnivå hos eleven. ”Det integrerte mennesket” er et sluttprodukt skolen og opplæringen skal ha som overordnet mål. Innenfor dette avsnittet står det (Læreplanverket 1996: 49-50):

”Opplæringen skal fremme allsidig utvikling av evner og egenart: til å handle moralsk, til å skape og virke, til å arbeide sammen og i harmoni med naturen. Opplæringen skal bidra til en karakterdannelse som gir den enkelte kraft til å ta hånd om eget liv, forpliktelse ovenfor samfunnslivet og omsorg for livsmiljøet [...]. Sluttmålet for opplæringen er å anspore den enkelte til å realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode – å fostre til menneskelighet for et samfunn i utvikling.”

I målformuleringen ovenfor kan det finnes likhetstrekk mellom hva jeg i kapittel 3 forstod som mestring. Det å få til noe og å ha livskompetanse kan forenes med allsidig utvikling, kraft til å ta hånd om eget liv og realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode. Jeg mener at på bakgrunn av Læreplandokumentet er elevenes mestring målet for opplæringen i dagens skole. Disse faktorene er overordnet de ulike læringsmål. Pedagogens fremste oppgave er altså å tilrettelegge for mestring. I mange tilfeller ser jeg det som svært gunstig at eleven får opplæring i grupper eller enerom. Kognitive svikt, svake sosiale ferdigheter, vrangforestillinger og angst er omfattende faktorer læreren må ta hensyn til, og særlig tilrettelagt opplæring kan i denne sammenheng innebære at eleven får opplæring i enerom. Om den enkelte kommune og

skole bevilger midler til dette, er en helt annen sak.

Jeg har funnet lite litteratur innenfor pedagogikken som fokuserer spesifikt på ungdom med schizofreni og psykoseproblematikk eller hvordan man kan tilrettelegge for mestring for denne elevgruppen. En slik mangel på retningslinjer i møte med elever med schizofreni støtter min hypotese i innledningen om at schizofreni er et stort felt innenfor psykologien, men et til nå relativt udiskutert felt innenfor pedagogikken. Jeg må, som jeg nevnte innledningsvis, derfor støtte meg på litteratur som ikke spesielt er ment for denne gruppen.

## **6.2. Expressed emotion i skolehverdagen**

Som tidligere nevnt har ungdommer med schizofreni høy sårbarhet for ytre påkjenninger. Slike ytre påkjenninger kan være kritikk og aggresjon fra andre, uforutsigbarhet og usikkerhet om hva som skal skje. Det er derfor sannsynlig at det er en stor sårbarhet for ungdommen å oppholde seg på skolen. Som tidligere nevnt vil tilrettelegging for et skolemiljø med lav EE være viktig. Etter min mening kan kunnskap om EE gi pedagoger ideer om hvordan skolevirkeligheten kan tilrettelegges.

Å tilrettelegge for lav EE i skolen betyr å tilrettelegge for et miljø med lav grad av kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering (se 1.2.1.). Kommentarer blir bare regnet som *kritiske* dersom det er et utvetydig utsagn om at den pårørende er uenig i, eller tar avstand fra en handling utført av ungdommen (det du gjør er dumt, du svarte feil). Videre er det hensiktsmessig å unngå generalisert kritikk (du kan ikke gjøre noe riktig) og avvisende kommentarer (hører du ikke på hva jeg sier kan du gå) som vil bli oppfattet av eleven som *fiendtlighet*. I tillegg bør pedagoger være oppmerksomme på å forebygge overbeskyttelse, i tillegg til å ha respekt for elevens grenser både fysisk og psykisk. Dette kan skape lav grad av *emosjonell overinvolvering* (Jordahl & Repål 1999: 49).

Etter min mening tar pedagoger med lav EE utgangspunkt i den kontaktfunksjon og evne eleven faktisk har. Elever med schizofreni vil periodevis trekke seg unna og vise lite velvilje til ulike sosiale situasjoner på skolen. Pedagoger med lav EE godtar i større grad at deler av elevens atferd har å gjøre med schizofrenilidelsen og ikke er et utslag av ond vilje eller latskap. Likeså mener jeg det er hensiktsmessig at pedagoger aksepterer å senke kravene til elevens prestasjoner. Det er avgjørende å ta utgangspunkt i elevens interesser og faktiske nivå, ikke klassetrinn. Å ha en schizofrenilidelse innebærer ofte at en midlertidig, eller over tid, må senke kravene til egne prestasjoner. Bivirkninger fra medisiner og hvordan lidelsen arter seg kan gjøre det vanskelig for eleven å konsentrere seg, og ofte mangler eleven utholdenhet. Det er derfor gunstig at læreren er sensitiv og fleksibel i forhold til elevens varierende dagsform (Lippart 2005).

På den andre side kan dette være utfordrende for læreren i en hverdag der man har 25 andre elever å følge opp som også har ulike forutsetninger og trenger tilrettelegging. Tilrettelagt opplæring kan for andre elever oppfattes som forskjellsbehandling. Læreren kan da vurdere om det er forsvarlig å forklare de andre elevene hvorfor denne eleven har andre oppgaver og liknende. Etter min mening kan dette føre til både positive og negative konsekvenser. Positive konsekvenser kan være at de andre elevene får bedre forståelse av hva problemene innebærer og på den måten akseptere eleven med schizofreni sine vansker og begrensninger. For en mer generell innføring kan for eksempel læreren benytte ulike undervisningsopplegg beregnet for skoleelever som omhandler psykisk helse og psykiske lidelser som Step, venn1 og VIP (for mer informasjon se internettadressen [www.psykiskhelseiskolen](http://www.psykiskhelseiskolen.no)). På en annen side kan dette også slå ut i at eleven blir enda mer stigmatisert og mobbet for å være annerledes.

Et miljø preget av positive bemerkninger og varme får betegnelsen lav EE (Lindvåg & Fjell 2006). Å være i et slikt miljø gir økt mulighet til bedring og reduserer risikoen for tilbakefall. Lippart (2005) fokuserer på at skolemiljøet bør være preget av tydelig forventninger, faste rutiner, få valg og klar rollefordeling. Samtidig bør pedagogen jobbe målrettet med å legge til rette for å gi eleven erfaringer som fører til større realisme. Det er av stor betydning at pedagogen er støttende i læringsprosessen og fremhever det

positive og at han/hun signaliserer at det finnes god tid og lytter til eleven. Det betyr også mye at eleven får tid og rom til å gjenoppdage ressursene sine.

Jeg mener det er en stor utfordring for lærere å skape et miljø preget av lav EE, spesielt når ungdommene er aggressive og fulle av opposisjonslyst. For å bevare et miljø med lav EE behøves tydelige grenser, samtidig vil streben etter et slikt miljø kreve at man stadig irttesetter ungdommene, noe som jo heller ikke er ønskelig. Selv om disse ungdommene er syke, er det viktig å huske at de fortsatt er ungdommer som er i en frigjøringsprosess med pubertale problemer slik vi finner hos alle ungdommer. Hallert og Andersen (1999) har skissert noen holdninger for miljøarbeiderne jeg mener også kan være hensiktsmessige i et skolemiljø med fokus på lav EE:

- ”Etablere *klare, enhetlige og forutsigbare holdninger* når det gjelder grensesetting, forventningsnivå og konsekvenser av atferd.
- *Være konkret og spesifikk i grensesetting* for å skille handling fra person.
- Forsøk å *unngå å forfølge uheldige utsagn* med påfølgende konfrontasjoner, samtidig som man kan forsøke å markere hva som er akseptabel språkbruk.
- Praktiser en *trinnvis grensesetting* hvor man i ytterste konsekvens har markert grensen fysisk ved å lede ungdommen ut av situasjonen, eventuelt inn på rommet.
- *Sette grenser for atferd, ikke for følelser*. Dette kan illustreres med utsagnet: ”Det er lov å være sint, men ikke å slå.”” (Hallert & Andersen 1999:127).

Bentsen (2003) peker på momenter alle kan gjøre for at situasjonen kan bli bedre. Disse momentene er ment for familien, men etter min mening er det nærliggende å tro at disse også vil være fruktbare i skolen. Momentene har Bentsen for øvrig blitt meddelt personlig av W. R. McFarlane.

1. *”Vær tålmodig.* Det tar tid å bli frisk. Hvile er viktig. Ta tiden til hjelp.
2. *Vær nøktern.* Entusiasme er normalt. Demp den litt. Uenighet er normalt. Demp den også.
3. *Gi rom.* Pauser er viktig for alle. Det er greit å stille opp. Det er greit å la være.
4. *Sett grenser.* Alle trenger å vite hvilke spilleregler som gjelder. Noen få gode regler virker klargjørende.
5. *Overse det du ikke kan forandre.* Se gjennom fingrene med mye. Ikke overse vold.
6. *Uttrykk deg enkelt.* Si det du må si, klart, rolig og positivt.

7. *Følg legens anordninger.* Ta medisiner som foreskrevet. Ta bare medisiner som er foreskrevet.
8. *Fortsett som vanlig.* Få familiens rutiner i gang så raskt som mulig. Hold kontakt med familie og venner.
9. *Unngå rusmidler.* De forverrer symptomene.
10. *Merk deg varselstegn.* Merk deg forandringer. Kontakt pasientens faste behandler.
11. *Løs problemer skritt for skritt.* Gjør forandringer gradvis. Arbeid med én ting om gangen,
12. *Senk forventningene, midlertidig.* Sammenlikn med deg selv. Sammenlikn denne måneden med forrige måned snarere enn forrige år med neste år” (Bentsen 2003:2572-3).

### **6.3. Integrering i vanlig skole – basale behov først**

”Det handler slett ikke om å være ”sosialarbeider” i stedet for å være lærer, som er den innvendingen en av og til kan høre fra slitne lærere som ikke har overskudd til å se elevene. Det handler om å være et menneske med evne til å se og bekrefte andre mennesker.”

(Nina B. J. Berg 2005: 75)

I kapittel 3 pekte jeg på at i følge Maslow (1970) har mennesket et iboende behov for å mestre. Det som Maslow imidlertid påpekte var at faktorer som fysiologiske behov, trygghet og sikkerhet, kjærlighet og sosial tilknytning er behov som ofte noenlunde må være tilfredstilt før behov for anerkjennelse og positiv selvoppfatning melder seg. Først på dette trinnet mener Maslow mestring kommer inn som en viktig faktor. Et spørsmål det er fristende å stille i denne sammenheng er: har vi glemt menneskets basale behov? I Norge i dag får de aller fleste tilfredsstilt sine fysiologiske behov med klær, mat og drikke, men det er ikke uvanlig at ungdommer kommer på skolen med tomme mager. Fysiologiske behov er grunnleggende, men jeg velger å fokusere på Maslows andre og tredje behov (se 3.1.) i denne diskusjonen.

Tilfredsstillelse av elevens basale behov synes å ligge innenfor det *psykososiale* læringsmiljøet, som innebærer de mellommenneskelige forholdene på skolen. Et slikt miljø inkluderer både forholdet mellom elevene, forholdet mellom eleven og voksne,

og elevens *egen opplevelse* av hvordan han/hun har det på skolen (Berg 2005). Det å kjenne seg trygg, inkludert og verdsatt er en subjektiv opplevelse for den enkelte elev og dermed vanskelig å beskrive generelt. Elevene møter på skolen med varierende forutsetninger, og det er sentralt at pedagoger kjenner disse forutsetningene for å kunne gi hver elev et godt psykososialt miljø. I følge Maslow (1970) kan og bør pedagogen ikke bare tilrettelegge for opplæring, men også det psykososiale miljøet i læringssituasjonen. Det er nærliggende å tro at elevens læringsevne kan være avhengig av hvordan det psykososiale miljøet er tilrettelagt.

### **6.3.1. Trygghet og sikkerhet i skolehverdagen**

Skal skolen ha noen mulighet til å bli et trygt læringsmiljø for elever med ulike forutsetninger, krever det romslighet og toleranse for ulikhetene. Berg (2005:68) vektlegger i denne sammenheng at det er et voksenansvar å sørge for at den enkelte elev ikke blir utsatt for opplevelser og krenkende atferd som gjør deres psykososiale miljø dårlig. Dette kan for mange synes å være et stort ansvar, men det er like fullt et ansvar.

Kognitive svikt og symptomer hos elevene kan føre til store problemer med læring på skolen, sosial isolasjon, en forvridd selvoppfatning og en skjør identitet. Eleven befinner seg i en alder som ofte gir utslag i enda større usikkerhet og engstelse (se 3.1.1.). Hverdagslige hendelser kan framkalle stor angst hos noen elever. For eksempel kan en elev med schizofreni ha vrangforestillinger om smitte, bakterier og liknende som er vanskelig å forene med at læreren åpner vinduet i klasserommet. Åpning av et vindu kan for denne eleven føre til overveldende angst og fullstendig umuliggjøre konsentrasjon om læring, eller et mestringsbehov overhodet. At læreren kjenner til hva som trigger angst og usikkerhet hos eleven er av vesentlig karakter. Dette er en stor utfordring fordi læreren befinner seg oftest i situasjoner med krav til handling (Dale 1989) og møter ofte uforenelige behov. I denne sammenheng mener jeg at læreren må ta rimelige hensyn til eleven (Berg 2005). Det er ikke rettferdig verken for læreren

eller medelever at eleven skal kontrollere og styre hele klassen. I eksempelet ovenfor går det an å vente med å åpne vinduet til friminuttet og eleven har gått ut. Andre situasjoner kan være langt vanskeligere å finne fruktbare løsninger på.

Vansker med eksekutive funksjoner kan medføre at det er tankemessig vanskelig å skulle forberede seg ovenfor en oppgave eller en situasjon. En følge av dette er at ungdommer med schizofreni møter oppgaver eller situasjoner helt uforberedte. Dette kan medføre angst og usikkerhet. Etter min mening kan det være hensiktsmessig at læreren gir eleven oppmuntring og hjelp til å begynne på oppgaven. Samtidig er det viktig at lærer signaliserer at han har stor tro på at eleven vil klare det. Setter eleven seg til motverge bør læreren akseptere dette for å hindre stress hos eleven og bevare et lavt EE-miljø. Dette skaper igjen en utfordring for læreren. Skal han bare la eleven sitte der om eleven ikke vil? Dette gir ikke eleven mestringsopplevelser. Etter min mening bør læreren oppfordre og oppmuntre eleven å forsøke, men det er lite hensiktsmessig om dette oppleves av eleven som tvang.

Lippart (2005) vektlegger at det kan være en avgjørende faktor at pedagogen senker sitt forventningsnivå i møte med eleven. Forventningsnivået kan senkes ved å redusere *omfanget*, som innebærer redusert timeplan og kortere timer. Videre kan læreren redusere forventningsnivå til det *faglige nivået*. Man er tvungen til å se bort fra elevens kronologiske alder og klassetrinnstilhørighet, men man må finne ut hvor eleven faktisk er. Dette vektlegger som tidligere nevnt også Læreplanverket (se 6.1.). I tillegg kan man redusere nivå til *arbeidskapasitet*, som ofte er varierende på grunn av elevens opplagthet, krefter og medisiner. I denne sammenheng vil det også være hensiktsmessig å synliggjøre små tegn på mestring og generelt dempe for høye forventninger hos eleven.

I forbindelse med Atkinsons (1964) vektlegging av prestasjonsdominerte kontra angstdominerte elever, mener jeg det er grunn til å tro at mange elever med schizofreniproblematikk befinner seg innenfor kategorien angstdominerte elever. For ikke å stimulere angsten mener jeg det er viktig at angstdominerte elever får starte med



enkle oppgaver og at progresjonen er varsom og langsam slik at den gradvis følger elevens nølende, men likevel stigende tiltro til sine egne evner. Videre kan man redusere situasjonsbetinget angst ved å skape en trygg atmosfære rundt selve arbeidet. Læreren kan være snar med å hjelpe og veilede når oppgavene går i stå, og gi ros og støtte når dette er nødvendig. Det beste vil være å arbeide innenfor rammen med mindre grupper hvor elevene kjenner hverandre og hvor trusselen om sosial fiasko er mindre. Fast og klar struktur skaper trygghet siden elevene da vet hva som ventes av dem. Med fast struktur følger også at elevene i mindre grad kan velge aktiviteter. Å bli stilt ovenfor for mange valg er en faktor som kan øke angsten (Imsen 2000). Etter min mening kan elevene gradvis bli utfordret i å ta valg, men at læreren også her er sensitiv for elevens begrensinger.

Hallert og Andersen (1999) diskuterer betydningen av skjerming. De hevder at skjerming har vært en mye omdiskutert metode som krever store ressurser. På avdelingen blir ungdommen skjermet i eget rom med lite stimuli sammen med en miljøarbeider. Hensikten med skjermingen er å skape en oversiktlig, forutsigbar og trygg situasjon hvor ungdommen kan få ro og gjenvinne seg selv og sitt forhold til omgivelsene. Undersøkelser (Helmers 2006) om hvordan skjerming oppleves hos den enkelte, belyser at en stor del av pasientgruppen opplever skjerming som et fengsel. De så på det som straff, og opplevde seg avmektige. Mange pasienter ble dårligere av skjerming. Noen fikk angst og klaustrofobi av å være innelåst. Andre opplevde det trygt og godt, men majoriteten av pasientene mente skjerming var negativt. Helmers (2006) poengterer at det antakelig finnes ulike oppfatninger av hva skjerming bør innebære. Noen grenser helt opp mot isolat, selv om slik var det i utgangspunktet ikke ment å være. Det foreligger ikke nok evidens om skjerming hjelper.

Fra ideen om skjerming mener jeg det kan hensiktsmessig for pedagoger å vite at ungdom med psykotiske vansker av og til behøver å skjermes. Dette kan innebære at eleven kan bli tilbudt et eget rom, eller bord bak skjerm Brett i klasserommet. Å bli tilbudt et relativt stimulibegrenset og rolig miljø, kan legge forholdene til rette for at en

lett distraherbar person med kognitive svikt lettere klarer å fokusere oppmerksomheten.

Skolens ytre struktur bør være forutsigbar. Eleven må for eksempel få beskjed på forhånd om alle avvik. Det er hensiktsmessig for eleven å ha faste klasserom i skjermet del av skolebygningen (Lippart 2005). Dette klasserommet bør være ryddig og alt utstyr som behøves bør være tilgjengelig. Forutsigbarhet for hva som skal gjøres og hva som skje, kan være et viktig element i tilretteleggingen av trygghet og sikkerhet på skolen. Øie (2006) ramser opp mange kompensierende hjelpemiddel som avtalebok, digitalklokke, dosett til medisiner og huskelapper. Mobiltelefon med påminnelsesfunksjon kan være nyttige. Likeså kan dagsplaner hjelpe når man har vansker med tidsbegrepet og arbeidsminnet. Forutsigbarhet er et viktig element i forhold til hva som skal skje, når ting skal skje, hvilke personer man skal forholde seg til, hva som forventes og hvordan ting skal gjøres.

Jeg mener i denne forbindelse det kan være hensiktsmessig at eleven er med i planleggingen av hva som skal gjøres i de vanskelige periodene. Jeg har tidligere diskutert at ungdommene befinner seg i en fase i livet der løsrivelse fra foreldrene og egen identitetsdannelse er viktige prinsipper (Erikson 1985). Opplevelse av medbestemmelse kan føre til at eleven opplever at man mestrer hverdagen og sitt eget liv og hva det skal inneholde. Prinsippet om brukermedvirkning vektlegger også stortingsmeldingen ”Åpenhet og helhet”. Her hevdes det at brukermedvirkning innebærer at brukeren har rett til å legge fram sitt syn og bli hørt og få være med å bestemme hvilke tilbud som skal gis (St. meld. nr. 25. 1996-97). Læreren kan la eleven få valg av hva han eller hun har lyst å gjøre eller lære. På den andre siden kan læreren tilrettelegge hva eleven kan velge mellom. Som tidligere nevnt har disse elevene behov for struktur og oversikt, som kan innebære at mange valg kan føre til stress eller angst. Jeg mener det derfor er gunstig at læreren har innsikt i hva som kan være stimulerende medbestemmelse for eleven, og hva som bare vil bli være stressfremkallende.

Som tidligere nevnt har disse elevene svak sosial fungering, er sårbare og engstelige. Jeg mener det er gunstig at pedagogen kjenner til hvordan eleven opplever lidelsen, hva som trigger stressnivå og hva som kan føre til lav EE i skolemiljøet. Det blir derfor viktig at elevene forholder seg til få lærere, noen elever orker kanskje ikke å forholde seg til mer enn én lærer. Å skulle innfri at denne eleven bare har en lærer kan være svært vanskelig å gjennomføre i en skolehverdag. Sykdom, møter eller andre faktorer kan hindre læreren i å komme. Det kan da være hensiktsmessig å gradvis øve sammen med eleven å omgås andre lærere. At disse lærerne kjenner eleven, er naturligvis vesentlig.

### **6.3.2. Sosial tilknytning og sosial kompetanse**

Sommerschild (2003) mener at forskere som for eksempel Rutter vektlegger trygge, stabile, emosjonelle tilknytninger og egne erfaringer om å kunne noe, er rammebetingelser som kan gi grobunn for motstandskraft. I tillegg til kunnskapsformidler kan man se på pedagogen som en nær fortrolig person, og at dette er en sentral beskyttende effekt for ungdommen. Grøholt (2003) vektlegger påstanden til Garnezy og Masten som hevder at det vesentlige for å forstå en ungdoms sårbarhet ovenfor livets store og små hendelser, ligger i ungdommens tilknytning til nære personer. Muligheten til å knytte trygge bånd til nære mennesker gjør en bedre rustet til å tåle de påkjenninger livet gir uten å bukke under.

Etter min mening står læreren her foran en stor utfordring. Å tilrettelegge for en trygg tilknytning for eleven og samtidig beholde sin rolle som lærer og fagperson. Berg (2005) vektlegger at det gjelder å se eleven som mennesket, ikke bare elev. Jeg mener dette innebærer å vise omsorg ovenfor eleven og vise at man bryr seg. Dette kan gjøres ved for eksempel å spørre eleven hva han eller hun har gjort siden sist og snakke noe ord om emner man vet eleven er interessert i. Dette signaliserer at læreren er interessert i eleven også utenfor skolen. For disse elevene er det av stor betydning å ha en god relasjon. Lippart (2005) vektlegger at relasjoner bør dannes før man kan begynne å

fokusere på fag.

Kognitiv svikt er svært plagsomt og ubehagelig i seg selv, og representerer en slags skjult funksjonshemming (se kapittel 4). Opplevelsen av at tankene forandrer seg, at en ikke klarer å følge med i samtaler eller at hukommelsen svikter, fører til at mange blir frustrerte og redde. Ungdommen kan bruke mye energi på å framtre normalt og strever med å skjule sine mangler og ikke røpe at en har gått glipp av hva det snakkes om.

Sosiale sammenhenger med mye mennesker og mange som snakker kan være vanskelig. Jeg mener det kan være hensiktsmessig at pedagoger å være oppmerksomme på at det er lettere å følge med og ha oversikt i mindre sosiale settinger. I mindre grupper kan det også være lettere å si fra når man ikke henger med i samtalen. Øie (2006) påpeker at ungdommen bør lære seg strategier for hva han/hun kan gjøre eller si til andre når de ”faller ut” av samtalen.

Cornish og Ross (2004) har forfattet et lettfattelig og konkret program for å utvikle sosiale ferdigheter hos ungdom med generelle moderate lærevansker. De peker også på at en viktig del av det å vokse opp er å lære hvordan man kan forstå og samhandle med andre mennesker. Dette er nødvendig for å bli akseptert og mestre samfunnet. Man må lære konvensjoner, hvordan glede andre, hva som kan sies, hva som ikke bør bli sagt, hva som er taktfullt og hvordan på beste måte interagere med andre mennesker i vår nærhet. Sosial ferdighetstrening innebærer å øve på nye ferdigheter eller å korrigere uønskede mønster av atferd og tenkning. Målet er å lære ungdom til å bli mer presise i sin informasjonsprosessering, og inkluderer derfor kognitiv restrukturering. Sosial ferdighetstrening skal lære ungdommen å identifisere nonverbale og verbale sosiale situasjoner og å finne løsninger på disse. Forfatterne har utviklet en detaljert sjekkliste for sosiale ferdigheter som lærere og foreldre kan være med å fylle ut. I tillegg har de utarbeidet intervjuguider for intervjuing av ungdommene for å klarlegge hvilke områder som behøves å arbeide med.

Gråwe (2006) sier at temaer for sosial ferdighetstrening for personer med schizofreni innebærer å trene på å lytte til andre og vise at du lytter, konverseringsferdigheter og

selvhevdelsesferdigheter. Han hevder også at mestring er en viktig faktor, som for eksempel mestre et selvstendig liv, egen helse, fritid og venner, jobb og sysselsetting og å mestre bruk av rusmidler på en fornuftig måte. Dersom eleven med skal gjennomgå sosial ferdighetstrening vil dette være fagpersoners område. Det er ikke meningen at læreren verken kan eller skal følge et slikt program på skolen, men det er i denne sammenheng viktig for læreren å vite hvor elementære problemene kan være og hva som gjøres i behandling. Ungdommer som har gått på behandlingsskoler eller har særskilt tilrettelagt opplæring, skal ha fått utarbeidet individuelle opplæringsplaner (IOP) (Lippart 2005). Læreren kan dra nytte av elevens IOP både for å se hva som har blitt vektlagt på behandlingsskolen og hva som skal videreføres i skolen.

I tillegg til sosial ferdighetstrening i behandling, og eventuelt skole, mener jeg det er av stor verdi at ungdommen får tilrettelagt et godt psykososialt miljø. Ungdommene har store vansker med sosiale relasjoner, noe som kan vanskeliggjøre kontakt og vennskap med jevnaldrende. For at ungdommen likevel skal oppleve sosial tilhørighet, vil støttekontaktilbud og kultur- og fritidstilbud være av vesentlig karakter. Opptreppingsplanen hevder også dette, men vektlegger at støttekontakten skal ikke være en profesjonell hjelper, men et medmenneske som gir kontakt og støtte og kan bidra til aktivisering og sosial trening (St.prp. nr. 63 1997-98). Det er den enkelte kommune sitt ansvar å styrke disse tiltakene.

En støttekontakt ungdommen føler trygghet og tillit til, en nær fortrolig, kan være en person som kan gi ungdommen grobunn for motstandskraft, som Sommerschild (2003) pekte på hadde en sentral beskyttende effekt for ungdommen. At eleven har en støttekontakt, påvirker ikke direkte lærerens tilrettelegging, men det kan være nyttig for læreren å vite om eleven har en nær fortrolig i fritiden som kan skape positive ringvirkninger i skolemiljøet.

#### **6.4. Tilrettelegging for utvikling av anerkjennelse og positiv selvoppfatning**

I dette avsnittet vil jeg fokusere på Maslows fjerde behovskategori, som vektlegger menneskets behov for mestring. I kapittel tre viste jeg tre prinsipper om mestring og motivasjon i forhold til læring. Dette var Atkinsons teori angående ønske om å lykkes versus redselen for å mislykkes, Weiners attribusjonsteori om hvordan elever årsaksplasserer sin egen suksess og nederlag og Banduras prinsipp om mestringsforventning. Jeg mener disse teoriene har flere fellestrekk.

Som tidligere nevnt mener Atkinson (1964) at det er tre forhold som belyser hvordan man får lyst til å mestre (se 3.2.1.). Det første er et grunnleggende *mestringsmotiv* som er en latent disposisjon i alle mennesker. Her berører Atkinson og Maslow det samme; å mestre er menneskets indre søken, menneskets natur.

Det andre forholdet Atkinson mener belyser vår mestringslyst, er personens *subjektive vurdering av muligheten for å lykkes*. Han peker på at oppgaver med passende vanskelighetsgrad er det som trigger en mest til å gi seg i kast med en oppgave. Man må ha mulighet til å lykkes, samtidig som det motiverer oss ekstra om det foreligger en viss usikkerhet om vi vil få det til. Om dette gjelder for elever med schizofreni er imidlertid ikke sikkert. Mange av disse elevene er så engstelige og usikre, at en liten grad av usikkerhet på om hun/han vil få det til, kan holde igjen eleven til å forsøke i det hele tatt. Det er nærliggende å tro at negativ selvoppfattelse, ustabil identitet og mange nederlagserfaringer påvirker elevens usikkerhet (se 3.1.1). Jeg mener Atkinsons andre forhold og Banduras prinsipp om self-efficacy har mange likheter. Som tidligere nevnt plasseres Bandura innenfor sosial læringsteori (3.2.3), og det er derfor naturlig at han vektlegger viktigheten av miljøet og sosiale faktorer som faktorer for personens mestringsforventning. Bandura (1977) forfekter fem ulike informasjonskilder han mener mestringsforventning er basert på.

1. *Tidligere erfaring med å mestre samme type oppgaver.* Dette innebærer at eleven har gode eller dårlige erfaringer av slike oppgaver. Vissheten om at ”dette har jeg fått til før” kan føre til positiv mestringsforventning for eleven.
2. *Vikarierende erfaring.* Dette innebærer å ha observert andre elever som det er naturlig å sammenlikne seg med, utføre samme oppgave.
3. *Verbal overbevisning.* Støtte og oppmuntring fra andre, det er ikke bare egne erfaringer som teller (Imsen 2000:321). Direkte støtte og oppmuntring fra en trygg voksen.
4. *Emosjonelle forhold knyttet til handlingen eller resultatet.* Dette innebærer at angsten for å mislykkes overgår ønsket om å lykkes.
5. *Elevens tolkning av egne prestasjoner.* Dette innebærer attribusjonsteori, årsaksplassering av egne suksesser og nederlag. Dette punktet mener jeg tilsvarer hva Weiner (Pintrich og Schunk 2002) mener med attribusjon. Måten elever forklarer sine suksesser og nederlag på, har vist seg å være av stor betydning i motivasjonssammenheng (Imsen 2000). Ufordringen for pedagoger vil være å hjelpe eleven til å tilskrive til riktige årsaker. Det er ikke dermed sagt at oppgaven er for lett eller at en hadde flaks bare fordi en klarte å løse oppgaven. Kanskje er det rett og slett at eleven var flink og utholdende og på grunn av evnene sine klarte å finne løsningen? I dette eksempelet vil eleven behøve hjelp til å tilskrive til indre årsaker: ”Jeg var flink og dyktig”.

Atkinsons tredje forhold, *personens subjektive vurdering av verdien ved det å lykkes*, innebærer om eleven knytter noe mening eller verdi ved målet. Elever med schizofreni varierer veldig både i forhold til dagsform og perioder med tilbakefall. Å kunne forstå at det en gjør, for eksempel at å lære matematikk vil ha konsekvenser for hvor selvstendig man kan bli i framtida, vil for elever i dårlige perioder være vanskelig å forestille seg. Et alternativ kan være at læreren og eleven sammen utarbeider et belønningssystem (jf. Behaviorismen) for utførte oppgaver. Dette kan være noe eleven er interessert i, eller at eleven kan ”kjøpe seg” fritid ved for eksempel at man blir enige på forhånd om at hvis eleven jobber godt i 15 minutter, skal han få lov til å tegne i 10 minutter. Andre former for belønningssystem kan være at eleven samler opp poeng for

godt arbeid gjennom uka og får belønning tilsvarende innsatsen ved ukas slutt.

#### **6.4.1. Undervisnings- og læringsstrategier**

Mye litteratur omhandler undervisningsaspekter for ungdom med lærevansker. Ellis og Larkin (1998) vektlegger strategisk undervisning for ungdom med lærevansker. Jeg mener dette er gode strategier, men allikevel såpass generelle at de kan være hensiktsmessige for ungdom med schizofrenlidelse. Strategiene nedenfor kan brukes i et vidt spekter av fag og emner.

##### **A. Vektlegging av eksplisitte instruksjoner**

Det er av stor verdi om lærere vektlegger å gi instruksjoner så klart, eller eksplisitt som mulig. Dette innebærer at lærere forsikrer seg om at eleven er godt informert om hva som forventes, hva som skal læres, hvorfor det skal læres, og hvordan det kan bli brukt. Eleven bør også informeres om de instruksjonsteknikkene læreren vil bruke for å hjelpe eleven å lære og hvorfor disse teknikkene er nyttige for å hjelpe å mestre hva som blir fortalt (Ellis & Larkin 1998: 587). For eksempel underviser læreren om lesestrategier for eleven. Læreren forklarer formålet med å lære strategien, når og hvor strategien kan bli brukt og det rasjonelle og funksjonelle med hvert steg i strategien. I tillegg forklarer læreren hva som særlig kan forventes at eleven presterer for hvert steg og hvordan man kan kontrollere kognitive prosesser ved å bruke strategien. For klart å vise hvordan strategien kan brukes, tenker læreren høyt mens han fremfører strategien slik at elevene kan se effektiv bruk av selvreguleringsprosesser. Eleven bør også fortelles hva han skal gjøre i løpet av hvert steg av læringsprosessen og hvordan disse aktivitetene vil hjelpe eleven å mestre strategien.

##### **B. Gjøre skjulte prosesser eksplisitte**

I møte med spesifikke oppgaver, som for eksempel å skrive et essay eller lese et kapittel i leseboka, kreves det en systematisert bruk av problemløsningsprosesser. En del av disse prosessene er skjulte og kan ikke observeres. For eksempel krever mange



prosesser bruk av kognitive strategier, som å lage visuelle bilder, gjøre prioriteringer, danne hypoteser og relatere ny kunnskap til kunnskap eleven allerede har. Noen prosesser krever også metakognitive strategier som å analysere problemer, gjøre valg, sette mål, oppgaveanalyse og autonom atferd (Ellis & Larkin 1998).

Å gi eksplisitte eller tydelige instruksjoner i skjulte prosesser som foregår i oppgaveløsning er et aspekt i undervisningen som tenderer å være minst tydelig. Det er en tendens til at lærere i større grad underviser i synlige prosesser. Mangelfulle instruksjoner i skjulte prosesser krever da at eleven selv må beslutte hvilke mentale prosesser som må brukes for å utføre oppgaven. Han må på egenhånd beslutte hva som må tenkes *a) før man begynner på oppgaven* (tenkeprosesser assosiert med å analysere hva oppgaven krever, reflektere over liknende oppgaver man har vært borte i før, bestemme seg for den beste tilnærmingen til oppgaven, bruke selv-motiveringsstrategier osv.), *b) I løpet av utføring av oppgaven* (kontrollere effektiviteten av strategien man bruker, kontrollere stressnivå osv.) og *c) etter at oppgaven er ferdig* (reflektere over effektiviteten av strategien, bruke selvforsterkning osv.). Skjulte prosesser som elevene er forventet å mestre må altså bli forklart eksplisitt.

### **C. Demonstrer**

Lærere har en tendens til å fortelle elevene hva det er de gjør, i motsetning til å demonstrere og å tenke høyt. Som vi allerede har sett er det sentralt at læreren fokuserer på å tenke høyt, og på den måten kan elevene se hvordan en effektiv problemløser tenker. Effektive lærere kan ikke bare å stegvis forklare skjulte prosesser, de må demonstrere dem i tillegg.

### **D. ”Sonen for den nærmeste utvikling”**

Lev Vygotsky (2002) peker på interaksjonen mellom læring og utvikling. Sonen for den nærmeste utvikling er her en ny tilnærmingstype. Han mener at det er et velkjent empirisk faktum at læring på en eller annen måte må tilpasses barnets utviklingsnivå. Likevel kan man ikke begrense seg til bare å bestemme utviklingsnivåer hvis man

ønsker å oppdage hvilket forhold det egentlig er mellom læring og utviklingsprosess. Man må bestemme minst to utviklingsnivåer. Det første nivået kalles det eksisterende utviklingsnivået, dette innebærer elevens mentale utviklingsnivå (Vygotsky 2002:158).

Kjerneelementet hos Vygotsky er at det finnes et annet og høyere nivå. Det er nivået som eleven kan prestere på med hjelp av en mer kompetent, det potensielle utviklingsnivået. Forskjellen mellom disse to nivåene kaller Vygotsky (2001) sonen for den nærmeste utvikling. Denne sonen definerer de funksjoner som ikke er modnet enda, men som er i en modningsprosess. Han mener prinsippet om nærmeste utvikling kan gi pedagoger et redskap til å forstå utviklingens indre forløp.

Elever med schizofreni har også et utviklingspotensiale på tross av at lidelsen er av alvorlig og omfattende karakter. Pedagogen kan definere hva eleven kan gjøre med hjelp fra en voksen. En viktig faktor er at hun er sikker på at det er innenfor den proksimale utviklingssonen, slik at eleven kan oppleve mestring. I denne forbindelse mener jeg det er hensiktsmessig å være bevisst på at Vygotsky forfattet en del av sin teori på 1960-tallet. På denne tiden hadde ikke empiri om kognitiv svikt fått stabilt fotfeste på det psykologiske feltet. Ut fra det vi vet i dag bør læreren vurdere elevens reelle begrensninger som delvis beror på kognitive svikt i forbindelse med å hvor stort læringspotensial eleven faktisk har.

### ***6.5. Pedagogen - en del av ansvarsgruppen***

Ungdom med schizofreni er ikke pedagogens ansvar alene. Vi er ikke terapeuter, og skal heller ikke late som vi er det. Det kan skade mer en å hjelpe, og det kan være belastende å skulle ha med slike elever å gjøre. Derfor finnes det psykologer og psykiatere og annet spesialutdannet personell i Norge. En lærer har først og fremst kompetanse innenfor normalvariasjonen og hvordan man kan undervise og hva man underviser i. Nina B. J. Berg (2005) har etterutdannet seg til pedagogisk-psykologisk rådgiver etter lang fartstid som høyskolelektor i pedagogikk på

allmennlærerutdanningen. Hun sier at på tross av at tilrettelegging av undervisning og læringsmiljø først og fremst må ta utgangspunkt i enkelteleven og enkeltelevens individuelle opplæringsplan, finnes det generelle prinsipper for tilrettelegging av undervisningen for elever med psykiske lidelser.

- ”Læreren bør holde fast på sin rolle som pedagog og som tilrettelegger av læringssituasjoner. Han skal ikke gå inn i en behandlerrolle, men overlate det til de involverte fagpersonene som har kompetanse til det.
- Læreren bør søke veiledning hos andre fagpersoner som støtte for sitt arbeid som elevens lærer.
- Læreren bør være spesielt oppmerksom på hva i skolesituasjonen som kan forsterke elevens problemer, og hva som kan gjøre det lettere for ham å være på skolen.
- Det skal tas *rimelige hensyn* til det som er elevenes problem. Elevens problem må ikke få ta kontroll og styre hele klassens liv.
- Læreren bør vise en empatisk holdning til elevens problemer, men ikke la seg oppsluke av dem. Det hjelper ikke eleven.
- Læreren skal samarbeide med hjemmet, men i hovedsak bør samarbeidet handle om de som gjelder undervisningen og andre saker som har med skolens virksomhet å gjøre. Dersom det er behov for spesiell veiledning eller behandling av familien, bør andre instanser med kompetanse på dette bringes inn i bildet (Berg 2005:118).”

Det er viktig med kartlegging av elevens problematikk. Pedagoger har en unik rolle fordi det er de utenom foreldrene, som ser eleven mest. Samarbeid mellom pedagogisk-psykologisk tjenestene, skolepersonalet, psykisk helsevern for barn og ungdom, helsevesen og barnevern er helt sentralt i møte med slike elever. Det er hensiktsmessig at man sammen forsøker å etablere mest mulig like rammer og holdninger ovenfor ungdommen slik at han kan føle seg trygg og slipper å møte situasjoner uforberedt (Øie 2006:147).

Skoletilbudet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien gis til de barn og unge som til enhver tid er innskrevet ved behandlingsenheten. Skoletilbudet er individuelt tilpasset i nært samarbeid med institusjonen for øvrig. Behandlingshjemskolene kan tilby veiledning innenfor flere områder ovenfor skolen eleven skal tilbake til. Observasjon og tilrettelegging av undervisningsopplegg, sosial ferdighetstrening, konfliktløsning, grensesetting og samtaler med barn og unge er noen områder veiledningen kan

innbære. I tillegg drives det for- og ettervern av skolens regi. Forvern innbærer kontakt med hjemmemiljø før innføring til behandlingsskolen. Ettervern er oppfølgingskontakter med hjemskole og hjemmemiljø under utskrivningsfasen og etter utskrivning. Lindberg (1994) sier at mange skoler har gitt uttrykk for tilfredshet ved veiledningen fra behandlingsskolen ved tilbakeføring av elever.

### **6.5.1. Nettverksmøter og åpne samtaler**

”Åpne samtaler” er et pilotprosjekt som innebærer nettverksmøter, der hensikten er å aktivisere de ressursene som finnes hos ungdommen selv og deres eget private og profesjonelle nettverk. (Holmesland & Seikkula 2005). Intensjonen med nettverksmøter har vært å gi et tilbud som istedenfor å sykeliggjøre og passivisere ungdommen, fokusere på deres og nettverkets ressurser. Innenfor slike møter vil det være sentralt å fokusere på tverrfaglighet der alle nivåer i tiltakskjeden er involvert.

En forutsetning for å kunne hjelpe ungdommene er at deltakerne i nettverket har god kjennskap til problemenes innhold og omfang (Holmesland & Seikkula 2005). Gjennom å inkludere alle som har relevant kjennskap til ungdommen, både lærerens, foreldrenes, vennenes og andre ”eksperters” syn, er det større mulighet for å danne et mer helhetlig bilde. Gjennom å se situasjonen fra flere sider, gis nettverket en større mulighet til å bli bevisste ulike muligheter som igjen kan føre til en ny forståelse av problemene. Formålet med nettverksmøte omdannes fra behandling til samhandling, fra monolog til dialog. Gjennom dialog gis ungdommen og familien mer ansvar for eget liv gjennom å diskutere vanskeligheter og problemer. Nettverksmøtene gir ungdommen mulighet til å samle personene som betyr noe for han eller henne. Fordi disse også er sentrale representanter i ungdommens sosialiseringsprosess, kan nettverksmøtene også fungere som en viktig sosialiseringsarena både for ungdommen og hans eller hennes nettverk (Holmesland & Seikkula 2005:81).

Holmesland og Seikkula (2005) vektlegger at læreren har en sentral rolle i slike nettverksmøter. I kraft av sin stilling befinner lærerne seg i grenselandet mellom den private og den offentlige arena. Dette fordi de har mulighet til å observere eleven i uformelt samvær med andre ungdommer. Samtidig inngår læreren i en mer formell relasjon til eleven og kan derigjennom blant annet få informasjon om ungdommens arbeidsevne og konsentrasjonsevne.

## **6.6. Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg vektlagt at alle elever har rett til en tilpasset opplæring og at de som ikke får tilfredsstillende utbytte av den ordinære undervisningen har rett på spesialundervisning i og utenfor den ordinære skole. Kognitive svikt og svak sosial fungering tatt i betraktning, vil mange elever med schizofreni behøve opplæring som er spesielt tilpasset deres forutsetninger. Videre har jeg pekt på viktigheten av et skolemiljø preget av lav grad av EE. Etter min mening er det hensiktsmessig at basale behov som trygghet og sosial tilhørighet blir innfridd i den grad det er mulig. Læreren skal ikke være noen sosialarbeider, men det viktige er å se eleven som mennesket og skape en trygg relasjon.

Under avsnittet om tilretteleggelse for mestring tok jeg opp de tre tilnærmingene om mestring som jeg diskuterte mer utførlig i kapittel 3. Jeg fant at det vil være sentralt for læreren å forsøke å minimere angsten hos eleven ved å gå varsomt frem og være sensitiv ovenfor eleven. Videre at pedagogen kan hjelpe eleven å få en mer positiv foreventning om å mestre ved blant annet oppmuntring. Det siste forholdet var at læreren må hjelpe eleven til å attribuere til riktige årsaker om sine egne suksesser og nederlag. Jeg gav også eksempler på ulike undervisningsstrategier som kan være fruktbare. Videre belyste jeg at det er viktig at pedagogen er at hun er en del av en ansvarsgruppe, der personer fra ulike faglige disipliner møtes for å legge til rette best mulig for ungdommen. Til slutt drøftet jeg kort nettverksmøter som kan være en fruktbar tilnærming å forstå eleven bedre og at eleven kan oppleve medbestemmelse.

## 7. KONKLUSJONER OG RETNING VIDERE

### *7.1. Elever med schizofreni*

Denne oppgaven har omhandlet ungdom med schizofreni. Ikke pasienter, men elever med schizofreni. De finnes, de behøver skolen og de har krav på opplæring i samsvar med sine evner og forutsetninger (Opplæringslova § 5-1). Innenfor psykisk helsevern er schizofreni og psykoseproblematikk lidelser som er viet store ressurser. I pedagogikken vektlegges alvorlige psykiske lidelser minimalt. Jeg spurte meg hvorfor er det slik? Elever med schizofreni er også pedagogers ansvar. Sammen med behandlingsinstanser må det tilrettelegges for opplæring fordi ungdom etter loven har rett og plikt til opplæring. Problemstillingene jeg skulle svare på i denne oppgaven var:

- 1. Hvilke utfordringer møter pedagoger hos elever med schizofreni?*
- 2. Hvordan kan disse utfordringene håndteres?*

Bakenforliggende i denne oppgaven har aktuelle prinsipper innenfor schizofreniforskning blitt benyttet. Jeg har valgt psykoedukativ behandlingsmetode som en forståelseshorisont for oppgaven. Innenfor denne behandlingstradisjonen vektlegges at pasienten og personene i nettverket rundt får undervisning i hvordan man kan forstå schizofreni, hvordan det kan oppleves og hvordan kan man tilrettelegge for best mulig utfall for disse ungdommene. Økt kunnskap kan føre til bedre mestring av de dagligdagse situasjoner og bedre kunne forutse tilbakefall. Lav grad av expressed emotion (EE) er også noe nettverket rundt pasienten trener på. Dette handler om lav grad av kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering. Et miljø preget av lav EE kjennetegnes med positive bemerkninger og varme.

Et annet prinsipp som er mye vektlagt er forebygging av lidelsene. Primær forebygging innebærer å redusere antallet nye tilfeller av sykdommen eller å hindre at sykdom oppstår (Larsen 2002). I pedagogisk sammenheng kan dette innebære godt

psykososialt miljø og med fokus på lav EE. Sekundær forebygging vil si tidlig oppdagelse av lidelsene og tidlig intervensjon.

### **7.1.1. Første utfordring: Tidlig oppdagelse av psykose hos eleven**

Den første utfordringen jeg fant er at pedagoger besitter en unik posisjon for å oppdage tegn på psykoseutvikling slik at behandling kan igangsettes så tidlig som mulig. For at pedagoger skal ha noen mulighet for å se tidlige kjennetegn på psykose, kreves det at de har en viss kompetanse på hva psykoser og schizofreni er. Jeg har vektlagt at psykose er en bred samlebetegnelse på en rekke lidelser, der schizofreni er den mest alvorlige undergruppen. Schizofreni utvikler seg ofte i faser uten noen klar begynnelse. Tidlige tegn på psykose og schizofreni er økt uro og minsket evne til å arbeide, nye ideer og sterk tilbaketrekning, forstyrrelser i opplevelsen av selvet, persepsjonsforstyrrelser og økende depressivitet.

Jeg mener at det også kan være hensiktsmessig at pedagoger kjenner til antakelige årsaker til hvorfor noen utvikler lidelsen og ikke andre. Jeg har pekt på at man nå trekker i retning av en oppfatning om at det finnes en multifaktoriell årsakssammenheng, der genetiske, nevrologiske og miljømessige faktorer spiller inn. Det er også bred dekning for i dag at noen mennesker er spesielt sårbare for å utvikle psykiske lidelser. Når stressende faktorer overgår hva ungdommen kan klare, kan dette resultere i psykose. Jeg fant videre at personer med schizofreni kan tilfriskne, men helt friske er det få som blir. Lang flere kan tilfriskne såpass at de med adekvat støtte kan fungere i samfunnet og sosiale relasjoner.

Hvordan kan denne utfordringen håndteres? Pedagoger bør si i fra dersom de registrerer noe bekymringsverdig ved eleven. Si ifra til foreldre, den etaten eller tjenesten som er naturlig. Pedagogisk- psykologisk tjeneste, psykisk helsevern, barnevern eller helsesøster. Det viktigste er at det blir sagt fra og at intervensjon kan

startes så tidlig som mulig. Da er sjansen større for at ungdommen kan tilfriskne før psykosen blir for omfattende.

### **7.2.2. Andre utfordring: Tilrettelegging for mestring**

Den andre utfordringen jeg mener pedagoger får i møte med denne elevgruppen, er hvordan man kan tilrettelegge for mestring i skolehverdagen. I følge Maslow (1970) har mennesket et iboende behov for å mestre. Det som imidlertid er verdt å merke seg i denne sammenheng, er at mestringsbehov bare er gjeldende når personen noenlunde har fått tilfredsstilt mer basale behov. En redd og sosialt isolert elev, som ofte er tilfelle blant ungdom med schizofreni, vil altså ikke ha behov for mestring, i følge Maslow. Jeg problematiserte dette ved å spørre meg om ikke mestring kan føre til økt sosial tilknytning og trygghet. Å føle at en mestrer situasjoner og har kontroll over det som skjer kan føre til trygghet og tilhørighet.

Jeg har pekt på at manglende mestring kan føre til lav selvoppfattelse og en forstyrret identitetsopplevelse, som er vanlige faktorer hos personer med schizofreni. Mestring kan også bidra til økt livskvalitet hos denne gruppen, fordi livskvalitet har en sterk sammenheng med trygg identitet og selvoppfattelse som igjen kan bedres gjennom mestring.

For å kunne tilrettelegge for mestring mener jeg det er nødvendig at pedagoger har kunnskaper kognitiv og sosial fungering fordi disse faktorene spiller inn på elevens læring og trivsel og setter standarden for tilrettelegging som kan føre til mestring. Mitt teoretiske utgangspunkt i drøftingen av kognitiv fungering, var at kognisjon kan sees som *informasjonsprosessering*. De fleste personer med schizofreni viser omfattende kognitive svikt i de fleste kognitive områder (kapittel 4). Jeg fant at det er i dag mye belegg for at personer med schizofreni har store svikt i hukommelsesfunksjoner (Øie m.fl. 1998, Ueland 2003). Spesielt er arbeidsminnet og korttidshukommelsen affisert, som begrenser personens evne til problemløsning. Svikt i semantisk hukommelse er



også hyppig forekommende, som vil få følger for faglig nivå og progresjon. Svikt i eksekutive funksjoner begrenser elevens mulighet til å tenke abstrakt og kontrollere kognitive prosesser. Oppmerksomhet var minst affisert hos ungdommene (Øie m.fl. 1998, Ueland 2003). Det kan dermed se ut som at ungdom med schizofreni har de mest omfattende kognitive svikt i forbindelse med ”høyere” kognitive funksjoner som hukommelse, eksekutive funksjoner og verbal læring, men ikke på de mer elementære funksjoner som oppmerksomhet.

Tilrettelegging for mestring vil også i stor grad påvirkes av elevens sosiale fungering (kapittel 5). Jeg har tatt utgangspunkt i sosiale ferdigheter som sosial persepsjon og ”theory of mind” som faktorer for å si noe om ungdommenes sosiale fungering. Personer med schizofreni viser omfattende vansker med sosiale ferdigheter og sosial fungering. Kognitive svikt vil også få konsekvenser for ungdommens sosial fungering.

Hvordan kan disse utfordringene håndteres? Formålet med opplæringen er en allsidig utvikling, kraft til å ta hånd om eget liv og realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode (Læreplanverket 1996). Etter min mening innebærer dette at mestring er målet for elever i dagens skole. Mye tyder på at elever med schizofreni vil behøve spesielt tilrettelagt undervisning, i alle fall periodevis i løpet av skolegangen. En opplæring som tar hensyn til elevens varierende dagsform, kognitive svikt, symptomer og manglende sosial fungering, er avgjørende for elevens mestringsopplevelser og kan hindre at eleven dropper ut av skolen.

Jeg har funnet at tilrettelegging for mestring innebærer et godt psykososialt miljø som er preget av lav grad av EE. Jeg problematiserte at en vellykket integrering i skolen vektlegger omsorg for å tilrettelegge for at eleven kan få tilfredsstilt sine basale behov som trygghet og sosial tilhørighet. Jeg mener Maslows fokus på at mangelbehov kommer før vekstbehov er en fornuftig tilnærmingssmåte til denne elevgruppen. En slik forståelse mener jeg også vil legge føringer for hva læreren forstår med opplæring og hvordan elever opplever å være på skolen.

Ennå har vi langt igjen for å forstå fullt ut hvordan det oppleves å leve med lidelsen schizofreni. Vi kan komme langt med god kunnskap om generelle trekk ved lidelsen, men å forstå hvor opprivende det må være, at virkeligheten smuldrer bort og igjen står et jeg som ikke lenger er helt sikker på at han finnes. Det er store utfordringer for pedagoger å tilrettelegge for mestringsopplevelser for denne gruppen.

”Jeg liker ikke å kalle meg selv for schizofren; da tror bare folk at de vet hva jeg snakker om, og det er det ingen som vet. Ingen som ikke har kjent det på kroppen, vet hva jeg har opplevd, selv ikke etter å ha lest denne boken. Jeg kan beskrive hva jeg opplever og reaksjonene på hva jeg opplever, men å gjengi selve opplevelsen, og følelsene som oppstår, er langt på vei umulig.”

(Vegard Mellemstrand 2003:129)

Jeg håper og tror at alvorlige psykiske lidelser og elevens psykiske helse litt etter litt vil få innpass i skolen. Det finnes nå bred dekning for at forebygging, tidlig oppdagelse og tilrettelegging for miljø med lav EE er vesentlige faktorer for hvordan det vil gå med disse ungdommene. Også flere politiske dokumenter vektlegger at psykisk helse må tas alvorlig og tilstrekkelig ressurser må settes inn for å bedre livsløpet til de rammede menneskene. Jeg mener vi ikke lengre kan overse psykisk sykdom i det pedagogiske fagfeltet. Psykiske lidelser hører ikke bare inne under psykiatrien, lidelsene finnes også i samfunnet og blant elever. Dette er en utfordring for deg og meg under enhetsskolens store paraply.

## LITTERATUR

- Abrahamsen, P. & L. Dahl (2004): *Psykosens verden. En schizofren kvinnes beretning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Andreassen, O. (2005): Fysisk helse ved schizofreni. *AstraZeneca Norge*.  
<http://www.astrazeneca.no/azmedica/cns/0502%5Fhelseschizofreni.html>  
(Lesedato: 21.3.2005).
- Atkinson, J. W. (1964): *An Introduction to Motivation*. New York: D. Van Nostrand Company, Inc.
- Ballageer, T. et al. (2005): Is Adolescent-Onset First-Episode Psychosis Different from adult Onset? I: *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44/2005 nr. 8, 782-789.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy – The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Berg, N. B. J. (2005): *Elev og menneske - Psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. AS.
- Berg, N. B. J. (2002): *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familienes smerte*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Bentsen, H. (2003): Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni? I: *Tidsskrift for Den Norske lægeforening*, 123/2003, 2571-2574
- Bigelow, N. O. et al. (2006): Perception of socially relevant stimuli in schizophrenia. I: *Schizophrenia Research*, 83/2006, 257-267.
- Birchwood, M., D. Fowler & C. Jackson (2000): *Early Intervention in Psychosis – A guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: Wiley,
- Borchgrevink, T. S. & A. J. Lindvåg (1999): Når virkeligheten blir uvirkelig. Om stress og sårbarhet hos ungdom. I: Borchgrevink, T. S., Fjell, A. & Rund, B. J. (red.) *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Borchgrevink, T. S. & A. Fjell (1992): *Psyko-seprosjektet Et psykoedukativt behandlingstilbud til psykotisk ungdom*. Oslo: Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Rapport til helsedirektoratet.
- Brüne, M. (2005a): Emotion recognition, “theory of mind”, and social behavior in schizophrenia. I: *Psychiatry Research*, 133/2005, nr 2-3: 135-147
- Brüne, M. (2005b): “Theory of mind” in Schizophrenia: A review of the Literature. I: *Schizophrenia Bulletin*, 31/2005, nr.1: 21-42
- Bø, I. & L. Helle (2002): *Pedagogisk ordbok. Praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cannon, M. et al. (1997): Premorbid Social Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Similarities and Differences. I: *American Journal of Psychiatry*, 154/1997, 1544-1550
- Conte, R. (1998): “*Attention Disorders*”. I: Wong, B (red.). *Learning about Learning Disabilities*. 2. ed. California: Academic Press.
- Cornish, U. & E. Ross (2004): *Social skills training for adolescents with general moderate learning difficulties*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Corrigan, P. W. & C. Leonhard (2001): Social Perception in Schizophrenia. I: Corrigan, P. W. & Penn, D. L. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. & D. L. Penn (2001): *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cullberg, J. (2003): *Dynamisk psykiatri – i teori och praktik*. 7. utgave. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (2001): *Psykosser - Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (2000): *Psykosser. Ett humanistiskt och biologisk perspektiv*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Dale, E. L. (1989): *Pedagogisk profesjonalitet. Om pedagogikkens identitet og anvendelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dickerson, F. et al. (2004): Cognitive functioning in schizophrenia and bipolar disorder: comparison of performance on the Repeatable Battery for the

- Assessment of Neuropsychological Status. I: *Psychiatry Research*, 129/2004, 45-53.
- Egeland, J. & N. I. Landrø (2006): Hukommelsesforstyrrelser ved schizofreni. I: Rund, B. J. (red.) *Schizofreni*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Ellis, E. S. & M. J. Larkin (1998): Strategic Instruction for Adolescents. I: Wong, B (red.). *Learning about Learning Disabilities*. 2. ed. London: Academic Press.
- Erikson, E. H. (1985): Den fullbordade livscyklens. Lund: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Falck-Pedersen, T. (2004): *Ta meg på alvor! Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern? Samtaler med pasienter, pårørende og behandlere*. Oslo. Medlex. Norsk Helseinformasjon.
- Findling, R. L. et al. (2001): *Psychotic Disorders in Children and Adolescent*. United Kingdom: Sage Publication, Inc.
- Fleischhaker, C. et al. (2005): Long-Term Course of Adolescent Schizophrenia. I: *Schizophrenia Bulletin*, 31/2005, nr. 3: 769-780.
- Friis, S. et al. (2002): Neurocognitive dimensions characterizing patients with first-episode psychosis. I: *The British Journal of Psychiatry*, 181/2002, 85-90.
- Friis, S. & T. K. Larsen (2002): Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni? I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 122/2002, 2210-2212.
- Friis, S. (1999): Psykososial behandling ved schizofreni. I: Borchgrevink, T. S.; Fjell, A. og Rund, B. R. (red.) *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Garety, P. & S. Jolley (2000): Early intervention in psychosis. I: *Psychiatric Bulletin*, 24/2000, 321-323.
- Gleeson, J. F. M & P. D. McGorry (2004): *Psychological Intervention in Early Psychosis – A Treatment Handbook*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Goldstein, M. J. & D. J. Miklowitz (1995): The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. I: *Journal of marital and family therapy*, 21/1995, 361-376.
- Green, M. F. (1996): What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? I: *American Journal of Psychiatry*, 153/1996, 321-330.

- Grøholt, B. (2003): Ungdomstiden og mestringsperspektivet. I: Gjærum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. 4. opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Gråwe, R. W. (2006): Sosial ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske lidelser. I: Rund, B. J. (red.) *Schizofreni*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Hallert, M. & A. J. W. Andersen (1999): Miljøterapi med psykotiske ungdomspasienter. I: Borchgrevink, T. S., Fjell, A. & Rund, B. J. (red.) *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Helmers, A-K. B. (2006): *Mindre isolat, mer skjerming*. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2029> (Lesedato: 18.5.2006).
- Helstrup, T. & G. Kaufmann (2000): *Kognitiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Henquet, C. et al. (2005): The Environment and Schizophrenia: The Role of Cannabis Use. I: *Schizophrenia Bulletin*, 31/2005, nr. 3: 608-612.
- Hollis, C. (2000): Adolescent schizophrenia. I: *Advances in Psychiatric Treatment*, 6/2000, 83-92.
- Holmesland, A. L. & J. Seikkula. (2005): Livets stemmer. Betydningen av sosial nettverk for ungdom med psykiske vansker. I: *Barn i Norge. Se meg! Årsrapport om barn og unges psykiske lidelser*. [http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/mx/filer/WEB\\_BarniNorge2005.pdf](http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/mx/filer/WEB_BarniNorge2005.pdf) (Lesedato: 16.5.2006).
- Hånes, H., B. Haarstad & B. Riise (1995): *Schizofreni*. Oslo: Et informasjonshefte fra rådet for psykisk helse. Millimeter AS.
- ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon. Norsk utgave. World Health Organization.(2005): Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Ravn AS.
- Imsen, G. (2000): *Elevers verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. 3. utgave. Oslo: Tano Aschehoug.
- Johannessen, J. O. (2002): Schizofreni – omfang og betydning. I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 122/2002, 2011-2014.
- Jordahl, H. & A. Repål, (1999): *Mestring av psykoser – Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Larsen, T. K. et al. (2004): Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: distinct patterns of pre-onset course. I: *The British Journal of Psychiatry*, 185/2004, 108-115.
- Larsen, T. K. (2002): Tidlig påvisning av schizofreni - er primærprofylakse mulig? I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 122/2002, 2015-2018.
- Lindberg, T. (1994): Skolene i barne- og ungdomspsykiatrien som ressurs for vanlig skole. I: Helgeland, I. M. (red.) *Utfordrende ungdom i skolen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Lindvåg, A. J. & A. Fjell (2006): Psykoedukativ behandling ved psykose. I: Rund, B. J. (red.) *Schizofreni*. 2. utgave. Stavanger: Hertevig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Lippart, I. [2005]: Sogn skoles møte med ungdommene. Vedlegg 1.
- Lov nr. 61. (1998-07-17): *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Kunnskapsdepartementet, [http://www.lovdato.no/all/hl-19980717-061.html#5-1\\_KD](http://www.lovdato.no/all/hl-19980717-061.html#5-1_KD). (Lesedato: 6.5.2006).
- Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen* (1996): Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement. Oslo: Nasjonalt læremiddelsenter.
- Malla, A. K. et al. (2004): Determinants of quality of life in first-episode psychosis. I: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109/2004, 46-54.
- Maslow, A. H. 1970. *Motivation and Personality*. 2. ed. New York: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Mellemstrand, V. (2003): Åpen. Stavanger: Hertevig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Myhre, A. M., E. Gjevik & B. Grøholt (2006): Livet setter sine spor. I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 126/2006, 909-911.
- Møller, P. (2005): Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 125/2005, 1022- 1025.
- Møller, P. & R. Husby (2003): Det initiale prodrom ved schizofreni - kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 12/2003, 2425-2429.

- Newman, L. S. (2002): What is “Social Cognition”? Four Basic Approaches and Their Implications for Schizophrenia Research. I: Corrigan, P. W. & Penn, D. L. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Olin, S. S., S. A. Mednick, T. Cannon, B. Jacobsen, J. Parnas, F. Schulsinger & H. Schulsinger (1998): School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. I: *British journal of psychiatry*, 172/1998, 7-13.
- Pallanti, S., L. Quercioli & E. Hollander (2004): Social anxiety in Outpatients with Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. I: *American Journal of Psychiatry*, 161/2004, 53-58.
- Penn, D. L., D. Combs, & S. Mohamed (2001): Social Cognition and Social Functioning in Schizophrenia. I: Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (red.) *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pintrich, P. R. & D. H. Schunk (2002): *Motivation in Education. Theory, Research and Applications*. 2. ed. USA: Merill Prentice Hall.
- Phillips, L. J., P. D. McGorry & A. R. Yung (2005): Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. I: *The British Journal of Psychiatry* 187/2005, 33-44.
- Raymont, V. (2001): Suicide in schizophrenia – how can research influence training and clinical practice? I: *Psychiatric Bulletin*, 25/2001, 46-50.
- Reine, G. et al. (2003): Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. I: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108/2003, 297-303.
- Revheim, N. et al. (2006): Neurocognitive and symptom correlates of daily problemsolving skills in schizophrenia. I: *Schizophrenia Research*, 83/2006, 237-245.
- Rund, B. R. et al. (2004): Neurocognitive Dysfunctions in First-Episode Psychosis: Correlates With Symptoms, Premorbid Adjustment and Duration of Untreated Psychosis. I: *American Journal of Psychiatry*, 161/2004, 466-472.
- Rund, B. R. & A. Fjell (2003): Mestring av en psykotisk verden – en psykoedukativ innfallsvinkel til å lære psykotiske ungdommer og deres pårørende nye mestningsstrategier. I: Gjærum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. 4. opplag. Oslo: Universitetsforlaget



- Rund, B. R. (2002): Nevrokognitive forstyrrelser ved schizofreni. I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 122/2002, 2019-2022
- Rund, B. R. (2000): Kan pasienter med schizofreni rehabiliteres ved kognitiv trening? I: Holte, A., Nielsen, G. H. & Rønnestad, M. H. (red.) *Psykoterapi og psykoseveiledning – Teori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rund, B. R. (1995): Schizofreni – hvor mye bruker vi på behandling og forskning? I: *Journal of the Norwegian Medical Association*, 21/1995, 2682-2683.
- Rund, B. R (1991a): *Psykoedukativ behandling av unge, psykotiske pasienter basert på en kognitiv - psykologisk modell: En ramme for et klinisk program, evaluering og kostnadsanalyse*. Oslo: Spesialoppgave i helseadministrasjon. Universitetet i Oslo.
- Rund, B. R (1991b): Psykoseprosjektet ved SSBU: Et psykoedukativt behandlingstilbud for unge, psykotiske pasienter basert på ”expressed-emotions” forskningen. I: Rund, B. R. *Psykoedukativ behandling av unge, psykotiske pasienter basert på en kognitiv - psykologisk modell: En ramme for et klinisk program, evaluering og kostnadsanalyse*. Oslo: Spesialoppgave i helseadministrasjon. Universitetet i Oslo.
- Snoek, J. E. & K. Engedal (2004): *Psykiatri – Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Gjøvik: Akribe Forlag.
- Sollien, T. et al. (1999): Psykoedukativ behandling av unge schizofrene. I: Borchgrevink, T. S., Fjell, A. & Rund, B. J. (red.) *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sommerschild, H. (2003): Mestring som styrende begrep. I: Gjørum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. 4. opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Spreemann, J. (2002): Motivasjon – Selvakseptering – Selvrealisering. I: *Pedagogisk profil*. [http://studorg.uv.uio.no/pedagogiskprofil/05\\_04\\_02.html](http://studorg.uv.uio.no/pedagogiskprofil/05_04_02.html). (Lesedato: 3.5.2006)
- St.meld. nr. 30. (2003-2004): *Kultur for læring*. Utdannings- og forskningsdepartementet. <http://odin.dep.no/kd/norsk/dok/regpubl/stmeld/045001-040013/dok-bn.html> (Lesedato: 6.5.2006).
- St.meld. nr. 25. (1996-1997): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/030005-040008/dok-bn.html> (Lesedato: 16.5.2005)

- St.prp. nr. 63. (1997-1998): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.  
<http://odin.dep.no/repub/97-98/stprp/63> (Lesedato: 16.5.2006).
- Sunde, S. (2004): Traumeperspektivet ved behandling av schizofreni. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Septemberutgaven.  
[http://www.psykol.no/default.aspx?did=9045816  
 &title=Traumeperspektivet+ved+behandling+av+schizofreni](http://www.psykol.no/default.aspx?did=9045816&title=Traumeperspektivet+ved+behandling+av+schizofreni) (Lesedato: 21.4.2005).
- Swanson, H. L., J. B. Cooney & T. E O'Shaughnessy (1998): *Learning Disabilities and Memory*. I: Wong, B. (red.) *Learning about Learning Disabilities*. 2.ed. California: Academic Press.
- Thuesen, N. P. [2006]: *Schizofreni – Norges mest kostbare lidelse*. I: AstraZeneca.  
[http://www.astrazeneca.no/azmedica/CNS/0302\\_schizofreni.html](http://www.astrazeneca.no/azmedica/CNS/0302_schizofreni.html) (Lesedato: 18.5.2006)
- Topor, A. (2004): *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från våra psykiska problem*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Topor, A. (2001): *Återhämtning från våra psykiska störningar*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Torgalsbøen, A. K. (2000): *Prognosis and outcome in schizophrenia: A retrospective study of patients in full remission*. Oslo: Institute of Psychology, University of Oslo.
- Tuulio-Henriksson, A. et al. (2004): Age at onset and cognitive functioning in schizophrenia. I: *The British Journal of Psychiatry* 185/2004, 215-219.
- Ueland, T. (2003): *Cognitive deficits and cognitive remediation: A Study of adolescent with early onset psychosis*. Oslo: Unipub AS.
- Vygotsky, L. (2002): Interaksjon mellom læring og utvikling. I: Dale, E. L. (red.) *Om utdanning. Klassiske tekster*. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Warner, R. (2000): *The Environment of Schizophrenia - Innovations in practice, polity and communications*. London: Brunner – Routledge.
- Werry, J. S. et al. (1994): Clinical Features and Outcome of Child and Adolescent Schizophrenia. I: *Schizophrenia Bulletin*, 30/1994, nr. 4: 619-630
- Wolf, L. E. & B. A. Cornblatt (1998): Neuropsychological Functioning in Children at Risk for Schizophrenia. I: Pantelis, C.; Nelson, H. E. & Barnes, T. R. E. (red.)

*Schizophrenia – A Neuropsychological Perspective*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.

www.psykiskhelseiskolen.no

Zalsman, G. et al. (2004): Psychosocial situations, quality of depression and schizophrenia in adolescents. I: *Psychiatry Research*, 129/2004, nr. 2: 149-157.

Zubin, J. & B. Spring (1977): Vulnerability – a New view of Schizophrenia. I: *Journal of abnormal Psychology*, 86/1977, nr. 2: 103-126.

Øie, M. (2006): Kognitiv funksjon hos ungdom med schizofreni. I: Rund, B. J. (red.) *Schizofreni*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Øie, M. & B. J. Rund (1999): Neuropsychological Deficits in Adolescent- Onset Schizophrenia Compared With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. I: *American Journal of Psychiatry* 156/1999, 1216-1222.

Øie, M. (1998): *Cognitive deficits in adolescents with schizophrenia or ADHD*. Dr. Psychol. dissertation. Oslo: National Centre for Child and Adolescent Psychiatry and Institute of Psychology, University of Oslo.

Øie, M., K. Sundet & B. R. Rund (1998): Contrasts in memory functions between adolescents with schizophrenia or ADHD. I: Øie, M. *Cognitive deficits in adolescents with schizophrenia or ADHD*. Dr. Psychol. dissertation. Oslo: National Centre for Child and Adolescent Psychiatry and Institute of Psychology, University of Oslo.

Øzerk, K. Z. (1999): *Opplæringsteori og læreplanforståelse – en lærebok i pedagogikk*. Vallset: Oplandske Bokforlag. ANS.

## **VEDLEGG 1**

Sogn skoles møte med  
ungdommene

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ved spesialpedagog  
Ingebjørg M. Lippart

HVA ER VIKTIG FOR  
ELEVENE VÅRE?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hvem er eleven?  
Hva trenger eleven?  
Hvilken tilrettelegging?

**Skolens utfordring er**

å oversette behandlingsapparatets  
forståelse til et pedagogisk språk.  
Vi tenker at skolen ikke er terapi,  
Men at det er et skoletilbud eleven får  
Skal ha en terapeutisk effekt.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

HVA KARAKTERISERER  
SKOLEBAKGRUNNEN?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Manglende skolegang  
Engstelse for jevnaldrende  
Problemer med store klasser  
Lavt selvbilde  
Prestasjonskrav til seg selv  
Konsentrasjonsvansker  
Får ikke vist hva de kan

SÅRBARHET I FORHOLD TIL  
LÆRING –  
TANKEFORSTYRRELSER

Vansker med konsentrasjon,  
oppmerksomhet og hukommelse  
Vansker med å skille det vesentlige fra det  
uvesentlige  
Vansker med samlet informasjons-  
Bearbeidelse  
Nedsatt evne til å tenke abstrakt og logisk

DETTE FØRER TIL:

Mangel på utholdenhet  
Vansker med å foreta valg  
Variabel yteevne  
Motstand (vil ikke)

MÅLSETTING I ULIKE FASER

Lære å gå på skole på nytt –  
Hvilken tilnærming  
”Vedlikeholde” kunnskap  
Nylæring  
Sosial mestring

PSYKOSEAVDELINGEN HAR DENNE  
FORSTÅElsen AV  
PSYKOSERAMMET/  
PSYKOSETRUET UNGDOM

Medfødt sårbarhet  
Tåler stress dårlig  
Forstrukket barn

OVERSATT TIL EN SKOLEHVERDAG  
BETYR DETTE Å MØTE DEM MED:

Senket forventningsnivå i forhold til:  
Omfang (reduisert timeplan, korte timer)  
Faglig nivå (finne tilbake til hvor de var)  
Arbeidskapasitet (krefter, medisinerer)

Skolens struktur er i utgangspunktet god  
for denne type elever, fordi den er  
forutsigbar. I tillegg legger vi vekt på:

Faste klasserom i skjermet del av  
skolebygningen  
Få og faste lærere  
Alt utstyr tilgjengelig i klasserommet  
Ryddige klasserom  
Lærer venter på elev  
Følge i friminuttene  
Beskjed på forhånd om alle avvik  
**Relasjonsbygging før ”skole”**  
Hver elev har en individuell  
opplæringsplan (IOP)  
Hver elev har en kontaktlærer

Ekspressed Emotion-forskningen viser  
at disse ungdommene har stor sårbarhet  
i forhold til kritikk, fiendtlighet  
og følelsesmessig overinvolvering

Oversatt til skolehverdagen betyr dette:  
At lærer møter eleven med en nøytral  
holdning, rolig stil  
At det er fokus på **mestring**: utgangspunkt  
i elevens interesse og elevens faktiske  
nivå, ikke klassesetning  
At lærer er sensitiv og fleksibel i forhold  
til varierende dagsform: arbeidsoppgaver  
tilpasses dagsformen  
At skolemiljøet er preget av tydelig  
forventninger, faste rutiner, få valg og klar  
rollefordeling  
At lærer unngår konfrontasjoner og heller  
går med eleven. Lærer jobber likevel  
målrettet med å legge til rette for å gi  
eleven erfaringer som fører til større  
realisme

At lærer er støttende i læringsprosessen	.....
og fremhever det positive	.....
At lærer har respekt for elevens grenser:	.....
fysisk og psykisk	.....
At lærer har tid, gir tid og lytter til eleven	.....
at lærer slipper ytre pensum, klassetrinn	.....
krav for å gi eleven tid og rom til å	.....
gjenoppdage ressursene sine, lære å lære	.....

Ta ansvar for å møte på skolen	.....
og til timene	.....
Ha orden i sakene sine	.....
oppfatte og huske beskjeder gitt i	.....
fellesskap	.....
Godta at lærer leder timen	.....
Følge med på lærerens instruksjon	.....
Ha oversikt over hvor en til enhver til	.....
skal møte	.....
Gjennomføre dager med 6-7 timers	.....
sammenhengende undervisning –	.....
ofte med flere teorifag etter hverandre	.....
Mestre å være i grupper på opp til 28	.....
elever	.....
Mestre ustrukturerte sammenhenger som	.....
friminuttene	.....

Tiltak over tid	.....
De vanskelige overgangene mellom ulike skolemiljøer	.....
Pedagogens erfaringer og problemstillinger	.....
inn i et tverrfaglig samarbeid	.....
PPT- som sakkyndig instans	.....
Forpliktende samarbeid i en faggruppe gir viktig støtte til skoleverket, Mobilisere verdifull fleksibilitet og nødvendig kreativitet Ansvarsgruppen er forum der alle faglige nivå søker møte en felles grunnforståelse	



## SKOLETRINNENE:

### BARNETRINNET

Omsorgsskole

Få lærere

### UNGDOMSTRINNET

Mye å forholde seg til

(mange lærere og flere fag)

Høyere krav til abstrakt tenkning

Større ansvar på eleven

Karakterer

### VIDEREGÅENDE SKOLE

Rett til å søke tilpasset opplæring

i inntil 5 år

Tilrettelegging i forhold til delkompetanse

NB! Viktig å forberede de viktige  
overgangene mellom skoleslagene.

## HOVEDPRINSIPPER

10-årig grunnskole fra det året barnet fyller

6 år

3-årig (fulle år) videregående skole

(rettighet)

kan få inntil 5 år i videregående skole

Spesialundervisning gir på bakgrunn av

sakkyndig vurdering (fra PPT)

Alle har rett til en tilpasset arbeidsplass

Rett til rådgivning